

Aus der Klinik für Psychiatrie der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Direktor: Prof. Dr. R. Tölle

**Die Versorgung von Patienten
nach Suizidversuchen
in den Allgemeinkrankenhäusern Münsters**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Fachbereiche
5 Vorklinische und Theoretische und
6 Klinische Medizin der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Georg Lassay
aus Klausheide
Münster 1983

Aus der Klinik für Psychiatrie der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Direktor: Prof.Dr. R. Tölle

Die Versorgung von Patienten nach Suizidversuchen
in den Allgemeinkrankenhäusern Münsters

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Fachbereiche
5 Vorklinische und Theoretische und
6 Klinische Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von
Georg Lassay
aus Klausheide

1983



Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Prof.Dr.H.-J. Kühle

1. Berichterstatter: Prof.Dr. R. Tölle
2. Berichterstatter: Prof.Dr. W. Schoene

Tag der Promotion: 28.1.1983

Aus der Klinik für Psychiatrie
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
Direktor: Prof. Dr. R. Tölle

Z u s a m m e n f a s s u n g

Georg Lassay

DIE VERSORGUNG VON PATIENTEN NACH SUIZIDVERSUCHEN IN DEN ALLGEMEINKRANKENHÄUSERN MÜNSTER

Diese Arbeit ist Teil eines Projekts mit dem Titel: Suizidversuche und deren Versorgung in der Stadt Münster.

Nach der Erfassung aller Fälle, in denen Personen nach Suizidversuchen innerhalb eines Jahres in den Allgemeinkrankenhäusern einschließlich der Universitätskliniken der Stadt Münster behandelt worden waren, wurde im Rahmen dieser Arbeit zunächst untersucht, in welchem Ausmaß die einzelnen Krankenhäuser an der Versorgung der insgesamt 428 erfaßten Suizidversuchsfälle beteiligt waren. Zur Erklärung des Ergebnisses, daß das mit Abstand kleinste Haus den relativ größten Teil der Fälle versorgt hatte, wurde verschiedene Hypothesen formuliert.

Weiterhin wurden die Patientenkollektive der einzelnen Krankenhäuser hinsichtlich sozialer Daten und Daten zur Vorgeschichte verglichen, wobei die ermittelten Unterschiede nur geringfügig waren.

Den Schwerpunkt dieser Arbeit bildeten Untersuchungen über die Behandlung der Suizidversuchspatienten in den einzelnen Häusern einschließlich der Einleitung weiterführender Behandlungsmaßnahmen. Deutlich wurde, daß sowohl für die Veranlassung eines Psychiatrischen Konsiliums als auch für die Einleitung weiterführender, in der Regel psychiatrischer Maßnahmen die Vorgeschichte der Patienten und vor allem der medizinische Schweregrad der Suizidversuche entscheidende Parameter waren. Daneben wurde deutlich, daß die Krankenhäuser in sehr unterschiedlichem Ausmaß Psychiater konsiliarisch hinzuzogen und Weiterversorgungsmaßnahmen einleiteten.

Tag der Promotion: 28.1.1983

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	1
------------	---

METHODIK

1. Allgemeine Methodik	7
2. Spezielle Methodik	
2.1. Zielgruppe/Erhebungszeitraum	
2.2. Einbezogene Krankenhäuser	13
2.3. Erfassung/Identifizierung	14
2.4. Erhebungsbogen/Inhalte der Erhebung	17
2.5. Sekundärversorgung	20
2.6. Auswertung	21

ERGEBNISSE

1. Verteilung der Behandlungsfälle und der behandelten Patienten auf die einbezogenen Krankenhäuser	
1.1. Zahl der Behandlungsfälle/Patienten	22
1.2. Beschreibung der einbezogenen Krankenhäuser	
1.2.1. Universitätskliniken	23
1.2.2. St. Franziskus-Hospital	24
1.2.3. Evangelisches Krankenhaus	
1.2.4. Clemenshospital	
1.2.5. Raphaelsklinik	25
1.2.6. Krankenhaus Hilstrup	
1.3. Verteilung der Behandlungsfälle/Patienten	26
1.4. Die spezielle Rolle der einzelnen Krankenhäuser bei der Versorgung Münsteraner SV-Patienten	29
1.4.1. Empirisch ermittelte Versorgungsgebiete der einbezogenen Krankenhäuser	31
1.4.1.1. Universitätskliniken	33
1.4.1.2. St. Franziskus-Hospital	
1.4.1.3. Evangelisches Krankenhaus	
1.4.1.4. Clemenshospital	34
1.4.1.5. Raphaelsklinik	
1.4.1.6. Krankenhaus Hilstrup	35

1.4.2.	Häufigkeit von Suizidversuchen in den Versorgungsgebieten der einbezogenen Krankenhäuser	36
2.	Beschreibung und Vergleich der Patientenkollektive der einbezogenen Krankenhäuser	
2.1.	Sozialdaten	
2.1.1.	Geschlechtsverteilung	39
2.1.2.	Altersverteilung	40
2.1.3.	Konfession	41
2.1.4.	Soziale Schicht	42
2.1.5.	Erwerbs- und Berufstätigkeit	43
2.1.6.	Kostenträger	45
2.2.	Vorgeschichte	
2.2.1.	Frühere Suizidversuche	47
2.2.2.	Frühere psychiatrische Behandlungen	48
2.2.3.	Frühere psychiatrische Diagnosen	49
3.	Suizidversuchsfälle und deren Behandlung in den einzelnen Krankenhäusern	
3.1.	Medizinische Beschreibung und Beurteilung der Suizidversuche	
3.1.1.	Suizidversuchsmethode	51
3.1.2.	Aufnahmebefund	52
3.1.3.	Erforderliche und getroffene therapeutische Maßnahmen	55
3.1.3.1.	Nebenbefund: Psychopharmaka	57
3.2.	Psychiatrisches Konsilium	58
3.2.1.	P.K. und Geschlecht	60
3.2.2.	P.K. und Alter	
3.2.3.	P.K. und soziale Schicht	61
3.2.4.	P.K. und Berufsgruppen	63
3.2.5.	P.K. und Kostenträger	64
3.2.6.	P.K. und frühere Suizidversuche	65
3.2.7.	P.K. und frühere psych. Behandlungen	66
3.2.8.	P.K. und frühere psychiatrische Diagnosen	67
3.2.9.	P.K. und Suizidversuchsmethode	68
3.2.10.	P.K. und Aufnahmebefund	69
3.2.11.	P.K. und erforderliche und getroffene therapeutische Maßnahmen	71
3.2.12.	P.K. und Verweildauer	72
3.3.	Sozialdienst	73
3.4.	Verweildauer	74

3.5.	Entlassungsdiagnose	
3.5.1.	Suizidversuch in der Entlassungsdiagnose	77
3.5.2.	Psychiatrische Diagnosen in der Entlassungsdiagnose	78
4.	Einleitung weiterführender Behandlungsmaßnahmen in den einzelnen Krankenhäusern	
4.1.	Empfehlung oder Veranlassung einer Weiterbehandlung in den einzelnen Krankenhäusern	81
4.2.	Institutionen und Formen der Weiterbehandlung	83
4.2.1.	UK	
4.2.2.	FH	
4.2.3.	EK	84
4.2.4.	CH	
4.2.5.	RK	
4.2.6.	KH	85
4.3.	Für welche Patienten/in welchen Fällen wird eine Weiterbehandlung veranlaßt?	86
4.3.1.	W.B. und Geschlecht	87
4.3.2.	W.B. und Alter	88
4.3.3.	W.B. und soziale Schicht	89
4.3.4.	W.B. und Berufsgruppen	90
4.3.5.	W.B. und Kostenträger	91
4.3.6.	W.B. und frühere Suizidversuche	93
4.3.7.	W.B. und frühere psychiatrische Behandlungen/Diagnosen	94
4.3.8.	W.B. und SV-Methode/Krankenhausabteilung	96
4.3.9.	W.B. und Aufnahmebefund	98
4.3.10.	W.B. und erforderliche/getroffene Maßnahmen	100
4.3.11.	W.B. und Psychiatrisches Konsilium	102

DISKUSSION

1.	Verteilung der SV-Patienten/-Behandlungsfälle auf die einbezogenen Krankenhäuser	104
2.	Patientenkollektive der einbezogenen Krankenhäuser	109
3.	Suizidversuchsfälle und deren Behandlung in den einbezogenen Krankenhäusern	111
4.	Psychiatrisches Konsilium	112
5.	Weiterbehandlung	116

LITERATURVERZEICHNIS	120
DANKSAGUNG UND WIDMUNG	123
LEBENS LAUF	124
ANHANG	
Erhebungsbogen	

E I N L E I T U N G

" So weit ich blicke, ich sehe nirgendwo - (...) - daß der Freitod anerkannt würde als das, was er ist: ein freier Tod eben und eine hochindividuelle Sache, die zwar niemals ohne gesellschaftliche Bezüge vollzogen wird, mit der aber letztlich der Mensch mit sich allein ist, vor der die Sozietät zu schweigen hat. " So attackiert der Schriftsteller Jean AMERY in seinem 1976 erschienenen Buch " Hand an sich legen " die Bemühungen der Gesellschaft und ihrer Institutionen, insbesondere der Psychiatrie, um die " Suizidanten " im Rahmen der Selbstmordverhütung.

Zwangsläufig sahen auch wir uns im Vorfeld unserer Überlegungen zu unserer Untersuchung mit der, in letzter Zeit eben besonders von AMERY aufgeworfenen Frage konfrontiert, inwieweit Bemühungen zur Selbstmordverhütung, gerade auch in institutionellem Rahmen, überhaupt möglich, gerechtfertigt, ja erlaubt sind.

Sind solche Bemühungen bereits dadurch gerechtfertigt, daß, wie allgemein bekannt ist, ein Teil derjenigen, die einen Suizidversuch durchführen, psychisch krank ist, daß die Suizidhandlung gar immer " Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung " und " Ausdruck einer neurotischen Lebensverunstaltung " sei, wie es RINGEL (1953 bzw. 1961), einer der Begründer der Suizidforschung, ausgedrückt hat? Daß weiterhin, um einige Zahlen sprechen zu lassen, 80 % (RÜEGSEGGER, 1963) oder sogar 87 % (FEUERLEIN, 1978) derer, die nach einem Suizidversuch gerettet wurden,

Über diese Rettung froh waren, und daß nur 20 % der einmal Geretteten einen weiteren Suizidversuch unternehmen (BÖCKER, 1977)?

Sicher ist, daß, wie POHLMEIER (1978) betont, " sich auch Gesunde das Leben nehmen ", und daß denkbare Bemühungen in Hinblick auf eine Suizidprophylaxe nicht darauf gerichtet sein können, jemanden unter allen Umständen am Leben zu erhalten, ja daß es im Rahmen solcher Bemühungen unabdingbar ist, die Freiheit und Würde des Suizidanten zu respektieren, bis hin zu dem " Respekt, den anderen die Art und den Zeitpunkt seines Sterbens wählen zu lassen und ehrfürchtig etwas nicht mehr nachvollziehen zu können " (POHLMEIER, 1978).

" Wir sollten ihnen (den Suizidanten d. Verf.) Respekt vor ihrem Tun und Lassen, sollten ihnen Anteilnahme nicht versagen, zumalen wir ja selber keine glänzende Figur machen. ", sagt am Schluß seines Buches auch AMERY, der sich im übrigen 1978, zwei Jahre nach dessen Erscheinen, das Leben nahm. Eine glänzende Figur machen in diesem Zusammenhang auch und gerade diejenigen nicht, die sich bisher auf dem Feld der Suizidverhütung abmühten, denn zu unsicher ist immer noch das Wissen um die nun als Patienten oder Klienten definierten Suizidanten, zu unsicher damit auch das Wissen über entsprechende therapeutische Erfordernisse. So heißt es in der sog. Psychiatrie - Enquete der Bundesregierung von 1975: " Die für das Problem der Suizidgefährdung wesentlichen präventiven Maßnahmen liegen im Argen. Das betrifft sowohl die Primärprävention, die Früherkennung und die vorbeugende Behandlung, als auch die Therapie und Nachbehandlung von Suizidgefährdeten zur Vermeidung weiterer Suizidhandlungen. "

Der Ruf nach einer angemessenen therapeutischen Versorgung dieser Klientel ist lauter geworden,

ein Grund für AMERYs Kritik, und auch wir stellen uns mit diesem Beitrag auf die Seite derjenigen, die eine kritische Suizidprophylaxe für legitim und sogar für nötig halten. Wir haben versucht, empirisch einige Hintergründe aufzuhellen, um auf diese Weise Voraussetzungen für weitere Schritte in Hinblick auf eine verbesserte Versorgung von Suizidanten zu schaffen.

Ausgangspunkt unserer Überlegungen waren zwei Bereiche von Fragestellungen:

a. Welche Personen unternehmen Suizidversuche? Läßt die nähere Analyse dieses Personenkreises hinsichtlich einiger sozialer und psychosozialer Variablen Gemeinsamkeiten erkennen und damit Rückschlüsse in Richtung auf eine Charakterisierung bestimmter Risikogruppen zu? Finden sich dabei ähnliche Charakteristika, wie sie schon in zahlreichen Untersuchungen für die Suizidanten in anderen Populationen beschrieben wurden?

b. Was geschieht mit Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben? Existiert eine definierte Versorgungsstruktur, festgelegte Wege durch angebbare Institutionen, oder ist die diesem Personenkreis eventuell zukommende Betreuung / Behandlung eher ein Produkt von Zufälligkeiten?

Unser Ziel bestand darin, beide Fragebereiche für einen definierten soziosgeografischen Raum, die Stadt Münster, zu beantworten, und damit, was die Fragestellung nach der Versorgungsform angeht, einen in der Suizidforschung bisher noch nicht begangenen Weg zu gehen: ein regionales Versorgungssystem vollständig zu dokumentieren und zu analysieren, wobei die institutionalisierte Versorgung in allen Allgemein- und Psychiatrischen Krankenhäusern sowie den wichtigsten Einrichtungen der ambulanten psychiatrischen Ver-

sorgung in der Stadt Münster hier gemeint ist. Untersuchungen, die sowohl die Suizidanten als auch die Versorgungsformen für den Bereich einer Stadt vollständig einbeziehen, gibt es unseres Wissens nach nur für Edinburgh, wo eine zentrale, auf die speziellen Bedürfnisse von Personen nach Suizidversuchen ausgerichtete Behandlungseinrichtung existiert, die allein die Suizidanten einer ganzen Region versorgt, das " Regional Poisoning Treatment Center " (HOLDING et al., 1977; KENNEDY u. KREITMAN, 1973; KENNEDY et al., 1974; BUGLASS, 1976; BUGLASS u. DUFFY, 1978).

Untersuchungen über das Schicksal von Personen nach Suizidversuchen gehen meist von den Behandlungsfällen einer Institution, meist eines Krankenhauses, aus und versuchen, die Wege der Patienten nachzuzeichnen (BÜCKER u. BARTELS, 1975; BLAKE u. MITCHELL, 1978; BLUNK, 1976; LAWSON u. MITCHELL, 1972; GRÜNEBERG et al., 1972). Zwei vorliegende Untersuchungen beziehen mehrere Krankenhäuser jeweils einer Großstadt (Essen bzw. Hamburg) mit ein und versuchen, daraus Rückschlüsse auf die Gesamtsituation der Versorgung der Suizidpatienten in der betreffende Stadt zu ziehen (KÜHLER, 1972; REIMER et al., 1979).

Für die Wahl der Stadt Münster als Untersuchungsraum waren im Übrigen die folgenden Gründe maßgebend:

a. es stellte sich damit ein überschaubarer und beschreibbarer Raum dar, der auch im Rahmen einer Dissertation bearbeitet werden kann,

b. bei einer Einwohnerzahl von 267 000 lag eine ausreichend hohe Erwartungshäufigkeit für Suizidversuche vor. Schätzungen über die Zahl der jährlichen Suizidversuche in der Bundesrepublik reichen von 100 000 (BÜCKER u. BARTELS, 1975) bis

zu 200 000 (WELZ, 1978). Nach offiziellen Angaben der Stadt Münster (STATISTISCHES AMT, 1979) ereigneten sich im Jahr 1978 in Münster 37 vollendete Suizide und es wird allgemein von einer fünf- bis zehnfach höheren Zahl von Suizidversuchen ausgegangen (POHLMEIER, 1978). Aus diesen Angaben ergab sich eine jährliche Zahl von mehreren hundert zu erwartenden Suizidversuchsfällen für Münster,

c. Münster ist Sitz der Psychiatrischen Universitätsklinik und des Lehrstuhls für Medizinische Soziologie, von denen die Untersuchung unterstützt wurde,

d. über die Psychiatrische Universitätsklinik boten sich gute Kontaktmöglichkeiten zu allen potenziell betroffenen Versorgungseinrichtungen,

e. eine Reihe forschungspraktischer und pragmatischer Gründe sprachen für Münster: kurze Wege, damit verbunden die Möglichkeit, wesentliche Teile der Erhebung während des Studiums durchführen zu können, damit auch ein reduzierter finanzieller Aufwand u. a..

Das Gesamtprojekt trägt den Namen " Suizidversuche und deren Versorgung in Münster " und wurde von drei Medizinstudenten in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Universitätsklinik und dem Lehrstuhl für Medizinische Soziologie der Universität Münster Anfang des Jahres 1979 konzipiert. Die gesamte Konzeption und die Durchführung der Erhebung in den Jahren 1979 und 1980 war eine Gemeinschaftsleistung. Der Umfang der gesammelten Daten und die damit verbundene Unmöglichkeit, alle anfallenden Teilbereiche vertiefend bearbeiten zu können, veranlaßten uns dann, eine Dreiteilung mit folgenden Schwerpunkten vorzunehmen:

- eine allgemeine Beschreibung der Gesamtpopulation der Suizidanten und eine Analyse der sozialräumlichen Bedingungen für Suizidversuche in Münster durch Monika PICK,
- eine Analyse der Versorgung von Suizidanten in psychiatrischen Institutionen - von uns im folgenden SEKUNDÄRVERSORGUNG genannt - und die Entwicklung alternativer Versorgungsstrategien durch Manfred KOLCK, sowie
- eine Darstellung der Versorgung der Suizidanten als Patienten in den Münsteraner Allgemeinkrankenhäusern - im folgenden PRIMÄRVERSORGUNG genannt - durch die vorliegende Arbeit, wobei es hauptsächlich um die folgenden Problembereiche geht: in der Stadt Münster existiert keine auf Personen nach Suizidversuchen zugeschnittene Versorgungseinrichtung. Damit stellt sich eine Situation ähnlich der in fast allen deutschen Städten dar: die primäre Behandlung dieser Personen liegt in Händen der in Allgemeinkrankenhäusern Tätigen. Welche Rolle spielen nun die einzelnen Krankenhäuser dieser Stadt in Bezug auf die Versorgung der Suizidanten? Welche Konzepte verfolgen sie hinsichtlich der Hinzuziehung von Psychiatern und der Einleitung weiterführender Behandlungsmaßnahmen nach erfolgter somatischer Therapie? Dies sind einige der zentralen Fragen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit bearbeitet werden.

Anzumerken bleibt, daß durch die bisweilen etwas willkürliche Aufteilung Überschneidungen unvermeidlich, manchmal sogar notwendig sind, um die beabsichtigte Darstellung eines zusammenhängenden Versorgungssystems überhaupt leisten zu können.

M E T H O D I K

1. Allgemeine Methodik

Nachdem wir, basierend auf der Schätzung der in etwa zu erwartenden Fallzahl sowie unserer zeitlichen Abkömmlichkeit zur Durchführung der Erhebung, uns auf einen einjährigen Erhebungszeitraum festgelegt hatten, stellte sich uns eines der zentralen Probleme bei der Konzeption dieser Untersuchung: die Erfassung aller innerhalb eines Jahres durchgeführten Suizidversuchsfälle. Dieses Problem führte uns auch zu dem bereits in der Einleitung aufgeführten zweiten Bereich der Ausgangsfragestellung zurück: was geschieht mit Personen nach einem Suizidversuch? Läßt sich aus der Beantwortung dieser Frage eine Möglichkeit zur Erfassung dieser Personen entwickeln?

Als erste und sehr allgemeine Antwort auf diesen Teil der Ausgangsfragestellung läßt sich vermuten, bedenkt man, daß Suizidversuche nahezu immer medizinische Probleme aufwerfen, daß ein großer Teil der betroffenen Personen in Krankenhäusern oder von niedergelassenen Ärzten behandelt wird. Weiterhin besteht die Möglichkeit, daß eine Behandlung oder Betreuung auf das Laiensystem beschränkt bleibt, also Verwandte oder Freunde tätig werden und es so zu keiner Berührung des Suizidanten mit professionellen Institutionen kommt. Es bleibt ferner die Möglichkeit, daß ein Suizidversuch von der Umgebung überhaupt nicht wahrgenommen wird.

Eine Erhebung auf der Ebene von Krankenhäusern kann somit nur einen Teil aller Suizidanten erfassen, besteht hier sogar noch die Möglich-

keit, worauf WELZ (1979) hinweist, daß ein Suizidversuch auch im Krankenhaus nicht als solcher diagnostiziert wird. Untersuchungen von KENNEDY und KREITMAN (1973) in Edinburgh geben einen Hinweis auf die Größenordnung des Anteils der Suizidanten, der nicht in Krankenhäusern behandelt wird: bei einer Erhebung auf der Ebene von Krankenhäusern wurden mindestens 30 % der Suizidversuche nicht erfaßt.

Dehnt man somit die Erhebung über die Krankenhäuser hinaus auf die Ebene der niedergelassenen Ärzte aus, was mit großen Schwierigkeiten und hohem zeitlichen, personellen und finanziellen Aufwand verbunden wäre, blieben immer noch die Fälle, die überhaupt keine professionalisierte Hilfe erhalten. Ein anderes Ergebnis der Untersuchungen von KENNEDY und KREITMAN (1973), daß nämlich auf der Ebene von Krankenhäusern erfaßte Personen mit Suizidversuchen sich von denjenigen, die auf der Ebene von niedergelassenen Ärzten erfaßt wurden, hinsichtlich demografischer, sozialer und psychiatrischer Variablen nicht unterschieden, sowie der erhebliche Mehraufwand, der auch WELZ (1979) " für zukünftige Forschungsvorhaben eine nur auf der Ebene von Krankenhäusern und Notfallambulanzen vorgenommene Fallidentifikation empfehlen " läßt, veranlaßten uns, uns auf diejenigen Fälle zu beschränken, in denen Personen nach einem Suizidversuch in Krankenhäusern aufgenommen und behandelt werden. Um dabei die Strukturen des Versorgungsgebietes Münster wirklich deutlich werden zu lassen, sollten alle innerhalb eines Jahres im Raum der Stadt Münster anfallenden Behandlungsfälle nach Suizidversuch erfaßt werden.

Es sei bereits hier angemerkt, daß die administrativen Grenzen der Stadt nicht mit dem Versorgungsgebiet der in Münster befindlichen

Einrichtungen (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Psychologen, Beratungsstellen) Übereinstimmen, sondern aufgrund der Massierung dieser Institutionen in der Stadt und der dadurch zustandekommenden Sogwirkung die Versorgungsgebiete weit über das Stadtgebiet hinausreichen.

Zur Festlegung des Erhebungszeitraumes auf ein Jahr bleibt hinzuzufügen, daß man auf diese Weise nicht zu im eigentlichen Sinne repräsentativen Aussagen über Suizidenten und deren Versorgung kommen kann, da keine Information darüber verfügbar ist, wie sich die Zahl der Suizidversuche und damit verbunden auch die Versorgungsstrukturen über verschiedene Jahre entwickelt haben. Es war unser Anspruch, eine vollständige Bestandsaufnahme zu leisten, über eine ähnlich angelegte Untersuchung mit anderem Erhebungszeitraum könnten sich aber im Nachhinein Hinweise über die Repräsentativität unserer Ergebnisse ergeben.

Nach der Entscheidung über die Ebene der Erhebung gab es zur Erfassung aller in den Krankenhäusern behandelten Suizidversuche zwei Möglichkeiten:

a. im Rahmen einer prospektiven Untersuchung über den Zeitraum eines Jahres alle Aufnahmen in den Krankenhäusern Münsters zu beobachten, die Suizidversuchsfälle auf diese Weise zu identifizieren, und dann gewissermaßen begleitend den Weg dieser Patienten durch die verschiedenen Behandlungsinstitutionen zu analysieren und dokumentieren. Bei der zu erwartenden Zahl von mehreren hundert Fällen, den vielfachen methodischen Problemen bezüglich einer solchen prospektiven Studie bedeutete dies einen Aufwand, der von uns nicht zu leisten war.

b. in einem retrospektiven Verfahren aus den Krankenblattunterlagen eines Behandlungsjahrgangs

aller Krankenhäuser der Stadt alle diejenigen Fälle zu ermitteln, in denen ein Suizidversuch Grund für die Krankenhausaufnahme und -behandlung war und die Wege der Patienten auf diese Weise nachzuzeichnen, wobei als Informationsquelle nur die Krankenblattaufzeichnungen zur Verfügung ständen. Wir entschieden uns für dieses Verfahren, das im folgenden diskutiert werden soll.

Es handelt sich dabei methodisch gesehen um eine Sekundäranalyse; diese Methode besteht darin, " bereits vorhandenes Material (Primärerhebung) unabhängig von dem ursprünglichen Zweck und Bezugsrahmen der Datensammlung auszuwerten " (FRIEDRICH, 1973). So ergaben sich Probleme und Fehlerquellen, die zu berücksichtigen waren, aus der Tatsache, daß ausschließlich Krankenblätter ausgewertet wurden:

a. Krankenblätter werden zu anderen Zwecken angelegt, dienen in erster Linie zur Dokumentation der Erkrankung und die Therapie betreffender Daten. Informationen über den Patienten und seine sozialen und persönlichen Bezüge treten demgegenüber in der Regel zurück.

b. Krankenblätter haben in verschiedenen Krankenhäusern unterschiedliche Wertigkeit, was sich auf Qualität und Quantität des Dokumentierten auswirkt. Einer wissenschaftlichen Auswertung sind daher verschiedene Grenzen gesetzt. So gewährleistet beispielsweise eine Anordnung der Krankenblätter nach den Geburtsdaten der Patienten zwar ein schnelles Wiederauffinden, eine Anordnung nach Behandlungsjahrgängen oder etwa die Möglichkeit, primär bestimmte Diagnosegruppen zu erfassen, dokumentiert eher das Interesse einer Institution an wissenschaftlicher Bearbeitungsmöglichkeit.

Aus dem Problem der unterschiedlichen Qualität und Quantität der Dokumentation ergibt sich, daß entsprechend nur das untersucht werden kann, was in nahezu allen Krankenblättern dokumentiert ist. Außerdem werden Fehler bei der Erhebung oder der Dokumentation der Primärdaten automatisch mit in die Sekundäranalyse übernommen. Insgesamt führt dies zu dem Schluß, daß das schwächste Glied in der Kette, die Institution mit der dürftigsten Dokumentation, den Erhebungsstandard weitgehend definiert.

c. Prinzipiell stellt sich bei jeder Sekundäranalyse, in der personenbezogene Daten untersucht werden, das Problem des Datenschutzes, und, damit verbunden, auch das Problem des Zugangs zu den Primärdaten. Obwohl im Rahmen dieser Untersuchung der Versorgungsaspekt und die Frage nach Risikogruppen im Vordergrund standen, ätiologische Fragestellungen und persönliche Biographien dagegen nicht primär untersucht wurden, arbeiteten wir von Anfang an mit personenbezogenen Daten. Es soll hier auf die Schweigepflicht hingewiesen sein, der auch wir in diesem Zusammenhang als Medizinstudenten unterlagen. Auf technische Aspekte des Datenschutzes wird weiter unten näher eingegangen.

d. Ein weiteres generelles Problem stellte sich mit der Identifizierbarkeit von Suizidversuchsfällen. Da in unserer Gesellschaft eine Tendenz zur Tabuisierung von Suizidhandlungen besteht und diese auch unter Ärzten vorhanden ist, die ja durch diese Patienten ständig mit ihrem Selbstverständnis konfrontiert sind, fand sich in unterschiedlichem Ausmaß die Bestrebung, eine solche Diagnose zu verschleiern oder zu verleugnen, was die Anwendung eines strikten definitorischen Systems zur Identifikation einschränkte (siehe unten).

Die Vorteile, die sich für uns durch die Wahl dieses sekundäranalytischen Verfahrens ergaben, waren folgende:

a. ein gegenüber einer prospektiven Studie erheblich verminderter methodischer, zeitlicher und finanzieller Aufwand,

b. die Möglichkeit, als Medizinstudenten Zugang zu dem zu untersuchenden, dem Datenschutz unterliegenden Datenmaterial zu erhalten, da auch Medizinstudenten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen,

c. eine weitestgehende Wahrung der Anonymität und weitgehender Schutz der Patienten vor Stigmatisierung, da diese in keiner Phase der Untersuchung persönlich mit den Untersuchern konfrontiert waren,

d. ferner eine Reihe technisch - organisatorischer Vorteile, darunter die Möglichkeit, die Erhebung während des Studiums durchführen zu können, den Zeitpunkt und den Ablauf der Einzelerhebungen damit willkürlich festlegen und mit Erfordernissen des Studiums und anderen Interessen abstimmen zu können.

Die Dokumentation der von uns erhobenen Daten erfolgte mittels eines eigens konzipierten Erhebungsbogens, der von Anfang an auf eine maschinelle Auswertbarkeit hin entwickelt worden war. Die Entwicklung dieses Erhebungsbogens erfolgte über Zwischenschritte. Um abzuklären, inwieweit sich bestimmte Fragestellungen aus Krankenblättern überhaupt beantworten ließen, wurde an einem der zu untersuchenden Krankenhäuser eine Vorstudie durchgeführt, um den Erhebungsbogenentwurf empirisch zu kontrollieren.

Beabsichtigt war eine Dokumentation von Daten zur Person, zur sozialen Lage und zur Vorgeschichte der Suizidversuchspatienten, ferner zur medizinischen Beurteilung und Behandlung des Suizidversuchs, zur eventuellen Einleitung weiterführender Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahmen nach Abschluß der ärztlichen Behandlung sowie zur näheren Charakterisierung derartiger Maßnahmen. Eine weitergehende Diskussion des Erhebungsbogens findet sich im folgenden Abschnitt.

2. Spezielle Methodik

2.1. Zielgruppe / Erhebungszeitraum

Es sollten alle diejenigen Fälle erfaßt werden, in denen innerhalb eines Jahres Personen im Anschluß an einen Suizidversuch in einem Münsteraner Krankenhaus aufgenommen und behandelt wurden.

Aus Gründen der Aktualität - Beginn der Erhebung im Frühjahr 1979 - bestimmten wir als unseren Erhebungszeitraum die Zeit vom 1.4.1978 bis zum 31.3.1979.

2.2. Einbezogene Krankenhäuser

Die Erfassung der Suizidversuchsfälle sollte auf allen inneren und chirurgischen Abteilungen sowie den Unfallambulanzen der fünf Allgemeinkrankenhäuser Münsters und den Kliniken der Westfälischen Wilhelms-Universität (WWU) durchgeführt werden:

- St. Franziskus-Hospital
- Evangelisches Krankenhaus
- Clemenshospital GmbH
- Raphaelsklinik

- Krankenhaus der Missionsschwestern Hiltrup
- Medizinische Klinik und Poliklinik der WWU
- Chirurgische Klinik und Poliklinik der WWU
- Hals-Nasen-Ohrenklinik der WWU

Der Versuch, auch die Personen zu erfassen, die primär in psychiatrische Einrichtungen aufgenommen wurden, beschränkte sich auf die Psychiatrische und Nervenklinik der WWU, da aus erhebungstechnischen Gründen die Durchführung dieses Teils der Untersuchung im Westfälischen Landeskrankenhaus Münster nicht möglich war.

2.3. Erfassung / Identifizierung

Über die Psychiatrische Universitätsklinik wurde ein brieflicher Kontakt zu den Chefärzten der betreffenden Krankenhäuser und Abteilungen aufgenommen, das Ziel unserer Untersuchung kurz erklärt und um Unterstützung bei der Durchführung gebeten.

Es folgte in der Regel ein Gespräch der Untersucher mit den jeweils verantwortlichen Ärzten, in dem Sinn und Zweck unseres Vorhabens erläutert und um Einsicht in die Krankenblattunterlagen gebeten wurde. Nachdem man uns insbesondere auf die ärztliche Schweigepflicht hingewiesen hatte, wurde uns in allen betroffenen Krankenhausabteilungen gestattet, die Krankenblätter einzusehen und anhand unseres Erhebungsbogens die uns interessierenden Daten zu dokumentieren.

Es wurden, soweit möglich, die Krankenblätter aller innerhalb unseres Erhebungszeitraums in den einzelnen Häusern behandelten Patienten durchgesehen. Dabei waren für die Klassifizierung eines Falles als Suizidversuch die folgenden Kriterien maßgebend:

a. bei der Krankenhausaufnahme oder -entlassung wurde die Diagnose Suizidversuch, Selbstmordversuch, Selbsttötungsversuch gestellt.

b. Diagnosen wie Tablettenintoxikation, Medikamentenvergiftung, Handgelenksschnittwunde u.ä. wurden dann als Suizidversuch gewertet, wenn der behandelnde Arzt eine suizidale Absicht vermerkt hatte oder diese aus Angaben des behandelnden Arztes oder aus anderen indirekten Hinweisen für uns zweifelsfrei hervorging. Solche Angaben waren beispielsweise: Hinweise auf eine Suizidversuchsmethode ohne Erwähnung des Begriffs Suizid wie: " Einnahme von 20 Schlaftabletten ", oder beige-fügte Abschiedsbriefe der Patienten.

Es wurde bereits diskutiert, daß aufgrund der unterschiedlichen Qualität und Quantität der Dokumentation und der nicht immer einheitlichen Terminologie in den einzelnen Krankenhäusern die Anwendung eines strikten definitiverischen Systems bei der Identifikation der Suizidversuchsfälle nur eingeschränkt möglich war. Im Rahmen einer Vorstudie (siehe unten) entwickelten und überprüften wir daher das unter b. beschriebene " lernende " System, das wir im weiteren Verlauf der Erhebung anwandten. Anzumerken bleibt, daß die gesamte Erhebung von allen drei Untersuchern gemeinsam durchgeführt wurde und in Fällen, in denen mithilfe der oben geschilderten Kriterien eine Entscheidung darüber, ob ein Suizidversuch vorlag oder nicht, nicht mit letzter Sicherheit zu erbringen war, nur ein übereinstimmendes Urteil aller drei Untersucher zu einer positiven Wertung als Suizidversuch führte.

c. Als drittes Kriterium mußte es sich um die Erstaufnahme in ein Krankenhaus nach einem bestimmten Suizidversuch handeln, d.h. Patienten,

die aus auswärtigen Krankenhäusern zur weiteren Therapie in speziell ausgestattete Häuser Münsters (Universitätskliniken) verlegt worden waren, wurden nicht berücksichtigt.

d. Personen, die nach der Krankenhausaufnahme an den Folgen des Suizidversuchs verstarben waren, wurden ebenfalls nicht erfaßt.

Zu dem geschilderten Verfahren der Identifizierung und Erfassung der Suizidversuchsfälle bleibt anzumerken, daß es uns nicht in allen Krankenhäusern und Abteilungen möglich war, sämtliche Krankenblattunterlagen eines Behandlungsjahrgangs durchzusehen. Dies hatte technische Gründe, wie z. B. die Anordnung des Krankenblattarchivs nach Geburtsdaten. In diesen Einzelfällen ermittelten wir in einem ersten Schritt aus Aufnahmebüchern und Behandlungsverzeichnissen alle diejenigen Fälle, bei denen Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose oder Angaben zur Therapie auf das mögliche Vorliegen eines Suizidversuchs schließen ließen. Die entsprechenden Krankenblätter wurden dann durchgesehen und die Suizidversuche anhand der schon beschriebenen Kriterien identifiziert.

Um dieses - im übrigen sehr zeitaufwendige - Verfahren, dessen Problematik uns bewußt ist, zu rechtfertigen, sei hinzugefügt, daß wir, von den Angaben in Aufnahmebüchern und Behandlungsverzeichnissen ausgehend, sehr weite Kriterien zugrunde legten, was die Aufnahme von Behandlungsfällen in die zweite Phase, das Aufsuchen der entsprechenden Krankenblätter, betraf. So wurden nur in den Fällen Krankengeschichten nicht aufgesucht und durchgesehen, in denen Angaben zur Diagnose oder Therapie das Vorliegen eines Suizidversuchs mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschlossen (z.B. Herzinfarkt, Pneumonie; Magenresektion etc.).

2.4. Erhebungsbogen / Inhalte der Erhebung

Der im Anhang abgebildete Erhebungsbogen wurde von uns über Zwischenschritte entwickelt. Mit einer vorläufigen Fassung führten wir eine Vorstudie durch, um zu überprüfen, inwieweit sich bestimmte, uns interessierende Fragen überhaupt aus Krankenblättern beantworten ließen. Diese Vorstudie mit dem vorläufigen Erhebungsbogen wurde an einem der betreffenden Krankenhäuser, dem Clemenshospital, durchgeführt. Über die empirische Überprüfung des Erhebungsbogens hinaus diente uns dieser Test auch zur Entwicklung des schon geschilderten Verfahrens zur Identifizierung der Suizidversuchsfälle.

Nach der Auswertung der Ergebnisse dieses Pilotverfahrens wurde der Erhebungsbogen nur leicht modifiziert. Die endgültige Fassung, die wir bei der Gesamterhebung verwendeten, besteht aus zwei Abschnitten mit jeweils 14 bzw. 16 Fragen zu den folgenden Bereichen:

- I. Allgemeine Angaben zur Person, zur sozialen Lage und zur Vorgeschichte der Patienten,
- II. Angaben zur medizinischen Charakterisierung des Suizidversuchs, zur medizinischen Versorgung und zur Einleitung weiterführender Behandlungsmaßnahmen.

Der Erhebungsbogen war von Anfang an auf eine maschinelle Auswertbarkeit hin konzipiert worden, dabei sollte für jeden erfaßten Suizidversuch eine achtzigspaltige Lochkarte verwandt werden. Um den Umfang des Erhebungsbogens einzuschränken, wurden einige Schlüssel nicht mitaufgenommen, sondern separat in Form eines Schlüsselheftes von den Untersuchern mitgeführt.

Im folgenden sollen die in unserem Erhebungsbogen enthaltenen Fragen erläutert und diskutiert werden:

Teil I. 1. Krankenhaus, Patientennummer, Geburtsdatum, Kartenart

Das Krankenhaus und die betroffene Abteilung, in der der Suizidversuchspatient behandelt worden war, wurden gemäß Schlüssel eingetragen. Zusätzlich wurden die Fälle der insgesamt 19 einbezogenen Krankenhausabteilungen jeweils durchnummeriert. Zusammen mit dem Geburtsdatum dienten uns diese Angaben als Identifikationsziffer.

Eine Identifikationsziffer war nötig, um weitestgehende Anonymität der Patienten zu gewährleisten. Auf der anderen Seite mußte sichergestellt sein, daß sich die Fälle, in denen ein Patient innerhalb des Erhebungszeitraums mit mehreren Suizidversuchen vertreten war, maschinell identifizieren ließen. Auch ließen sich mithilfe dieser Angaben (erstversorgendes Krankenhaus, Geburtsdatum, zusätzlich Entlassungsdatum) die Patienten, die zu einer weiterführenden Behandlung von den Allgemeinkrankenhäusern z.B. in psychiatrische Institutionen verlegt worden waren (Sekundärversorgung), in diesen Institutionen wiederfinden.

Teil I. 2. - 11. Geschlecht, Alter, Familienstand, Soziale Schicht / Beruf, Erwerbstätigkeit, Konfession, Staatsangehörigkeit, Wohngemeinschaft, Kinderzahl, Kostenträger

Personen, die Suizidversuche durchführen, sollten anhand dieser Variablen beschrieben werden. Dabei ging es uns darum, zu Ergebnissen zu kommen, die sich mit den Resultaten anderer Untersuchungen über Charakteristika von Suizidversuchspatienten vergleichen ließen. Suizidhandlungen werden nach

Angaben anderer Autoren beispielsweise häufiger von Frauen, jüngeren Altersgruppen, Geschiedenen (BÖCKER, 1973; SAINSBURY, 1975; BÖHME, 1976 u.a.), von Protestanten (DURKHEIM, 1973), Angehörigen unterer sozialer Schichten (KENNEDY et al., 1974) und Angehörigen bestimmter Berufsgruppen wie Ärzten und Studenten (POHLMEIER, 1978) verübt.

Teil I. 12. - 14. Frühere Suizidversuche, Suizide oder Suizidversuche in der Familie, Frühere psychiatrische Behandlung / Diagnose

Bei Personen, die Suizidversuche verüben, werden diese Merkmale häufiger als in der Normalbevölkerung angetroffen und haben daher den Charakter von Risikofaktoren für Suizidhandlungen (SAINSBURY, 1975; POHLMEIER, 1978 u.a.).

Teil II. 1. Wohnsitz

Bei den in Münster wohnhaften Patienten wurde mittels einer detaillierten Karte der Stadt Münster ebenfalls festgestellt, in welchem statistischen Stadtbezirk der Wohnsitz dieser Patienten lag, um eine Analyse der sozialräumlichen Bedingungen für Suizidversuche in Münster zu ermöglichen.

Teil II. 2. - 16. Aufnahme- und Entlassungsdatum, Verweildauer, Veranlasser, Aufnahmebefund, Suizidmethode, Suizidversuch in Verbindung mit Drogen, Betroffene Maßnahmen, Psychiatrischer Konsiliaris, Sozialdienst, Behandlungsabbruch, Diagnosen, Suizidalität, Weiterbehandlung, Auslösende Momente

Anhand dieser Variablen sollten die Suizidversuchsfälle möglichst genau beschrieben werden. Neben der Suizidmethode und den medizinischen Problemen der Versorgung, für die der Aufnahmebefund und die getroffenen therapeutischen Maßnahmen einen Anhalt lieferten, interessierten uns

spezielle Maßnahmen wie die Einschaltung eines Psychiaters oder Sozialdienstes.

Besonderes Gewicht legten wir auf die Frage nach der Einleitung weiterführender Behandlungsmaßnahmen. In den Fällen, in denen solche Maßnahmen veranlaßt worden waren, notierten wir die mit der Weiterbehandlung betraute Institution, um im weiteren Verlauf der Untersuchung den Weg der Patienten auch in diesen Einrichtungen zu verfolgen (Sekundärversorgung).

Mit dem beschriebenen Erhebungsbogen wurden alle Behandlungsfälle nach Suizidversuchen erfaßt. Eine Person, die innerhalb des Erhebungszeitraums mehrfach nach Suizidversuchen behandelt wurde, ist dementsprechend mehrfach vertreten, wobei jeder Suizidversuch als gesonderter Fall betrachtet wird. Mithilfe des beschriebenen Identifikationsverfahrens lassen sich diese Personen maschinell ermitteln, so daß es möglich ist, für bestimmte Fragestellungen eine Bezugsebene von behandelten Patienten herzustellen; dabei ist dann jeder Patient nur mit dem ersten Suizidversuch innerhalb des Erhebungszeitraums vertreten.

2.5. Sekundärversorgung

In dem zweiten Abschnitt der Gesamterhebung war unser Ziel zu untersuchen, inwieweit Patienten, die von den primärbehandelnden Krankenhäusern zur weiterführenden Therapie (Sekundärversorgung) an spezielle (psychiatrische) Einrichtungen überwiesen worden waren, dort diese Behandlung tatsächlich in Anspruch genommen haben und wie diese aussah.

Einbezogen wurden in diesen Teil der Erhebung sowohl stationäre als auch ambulante psychiatrische Institutionen:

- Klinik für Psychiatrie
der Psychiatrischen und Nervenlinik der WWU
- Westfälisches Landeskrankenhaus Münster
- St. Rochus-Hospital Telgte GmbH
- Poliklinik der Klinik für Psychiatrie
- Nervenärztliche Gemeinschaftspraxis Oststraße

Mittels Teil III des Erhebungsbogens wurden hier Daten zur näheren Beschreibung der Sekundärversorgung erfaßt.

Weitere Ausführungen zur Vorgehensweise bei der Untersuchung der Sekundärversorgung finden sich bei KOLCK.

2.6. Auswertung

Die ermittelten Daten wurden im Rechenzentrum der Universität Münster ausgewertet. Dabei wurden wir von der Abteilung für Epidemiologie und Information der Psychiatrischen und Nervenlinik der WWU (Leitung: Prof. Dr. D. Habeck) unterstützt.

Als Computerprogramm wurde das " Statistical Package for the Social Sciences " (SPSS) verwandt. Als einziges statistisches Testverfahren wurde der im SPSS enthaltene Chi-Quadrat Test angewandt, dabei wurden Ergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = 5 \%$ oder weniger als statistisch signifikant bezeichnet.

ERGEBNISSE

1. VERTEILUNG DER BEHANDLUNGSFÄLLE UND DER BEHANDEL- TEN PATIENTEN AUF DIE EINBEZOGENEN KRANKENHÄUSER

1.1. Zahl der Behandlungsfälle / Patienten

Innerhalb des Zeitraums vom 1.4.1978 bis zum 31.3.1979 wurden in 428 Fällen Personen nach Suizidversuchen in die fünf Allgemeinkrankenhäuser sowie die Universitätskliniken Münsters (mit Ausnahme der Klinik für Psychiatrie der Universität) aufgenommen und behandelt. Primär in die Klinik für Psychiatrie aufgenommen wurden Patienten in 26 Fällen, diese werden jedoch an anderer Stelle der Gesamtuntersuchung berücksichtigt, siehe PICK und KOLCK.

Die Zahl der behandelten Patienten liegt niedriger, da von einem Teil dieser Personen mehrere Suizidversuche durchgeführt wurden, die zu einer Krankenhausaufnahme führten: in einem Fall vier, in drei Fällen drei, sowie in sechs Fällen zwei Suizidversuche. Die Zahl der insgesamt behandelten Patienten beträgt dementsprechend 403.

Im Rahmen dieser Arbeit, die sich schwerpunktmäßig mit den Fall- und Patientenkollektiven der einzelnen Krankenhäuser beschäftigt, wird in den Fällen ($n = 6$), in denen eine Person mehrere Suizidversuche unternahm und im Anschluß daran in unterschiedlichen Krankenhäusern behandelt wurde, diese Person für jedes dieser Krankenhäuser einmal als Patient gewertet. Es ergibt sich dadurch eine Zahl von 409 behandelten Patienten, wobei in sechs Fäl-

len Patienten mit je einem Suizidversuch in zwei verschiedenen Krankenhäusern vertreten sind. Im folgenden wird je nach Fragestellung auf die Zahl der Behandlungsfälle (n = 428) oder die Zahl der behandelten Patienten (n = 409) Bezug genommen.

1.2. Beschreibung der einbezogenen Krankenhäuser

Bevor auf die Verteilung der Behandlungsfälle und der behandelten Patienten auf die verschiedenen Krankenhäuser und deren Fachabteilungen eingegangen wird, sollen alle einbezogenen Häuser näher beschrieben werden. Ferner werden anhand einer Karte, die uns freundlicherweise von der Münsteraner Feuerwehr zur Verfügung gestellt wurde, die offiziellen Notaufnahmgebiete (NAG) der einzelnen Krankenhäuser charakterisiert, wobei die Einwohnerzahlen und die Aufteilung des Stadtgebietes in 42 statistische Bezirke aus dem Statistischen Jahresbericht 1979 der STADT MÜNSTER entnommen wurden.

1.2.1. Universitätskliniken (UK)

In diesen Teil der Gesamtuntersuchung einbezogen wurden:

- Medizinische Klinik und Poliklinik, mit 196 Betten und ca. 4500 stationär behandelten Patienten im Jahr 1978 (lt. telefonischer Auskunft der Klinikenverwaltung).
- Chirurgische Klinik und Poliklinik, mit 198 Betten und ca. 5550 stationär behandelten Patienten im Jahr 1978,
- Hals-Nasen-Ohrenklinik, mit 80 Betten und ca. 3000 stationär behandelten Patienten 1978.

Es braucht nicht näher ausgeführt zu werden, daß die UK insbesondere auf eine spezialisierte Versorgung ausgelegt sind und ihr Einzugsbereich weit über die Grenzen der Stadt Münster in den nord-deutschen Raum hineinreicht. Dementsprechend fanden wir in den UK besonders viele von auswärtigen Krankenhäusern nach Münster verlegte Patienten, bei denen schwerste Intoxikation oder Verletzungen hochspezialisierte Therapieverfahren erforderlich machten. Wie bereits erwähnt werden diese Fälle im Rahmen unserer Untersuchung nicht berücksichtigt.

Das Notaufnahmegerbiet der UK umfaßt nach den Angaben der Feuerwehr Münsters den gesamten westlichen Teil der Stadt mit den statistischen Bezirken Pluggendorf (21), Neutor (28), Schloß (29), Sentrup (52), Gievenbeck (51), Roxel (57), Albachten (56), Nienberge (58) und einem Teil Mecklenbecks (54). Die Einwohnerzahl dieses Gebiets betrug am 1.1.1979 etwa 45 000.

1.2.2. St. Franziskus-Hospital (FH)

Das FH ist mit 612 Betten und 10 400 stationär behandelten Patienten im Jahr 1978 (lt. Statistischer Jahresbericht 1978 des Statistischen Amtes der Stadt Münster) das größte Allgemeinkrankenhaus Münsters und liegt am östlichen Rand der Innenstadt.

Das Notaufnahmegerbiet umfaßt nach Angaben der Feuerwehr die statistischen Bezirke Hansaplatz (24), Mauritz-West (25), Hafen (43), Herz-Jesu (44), Mauritz-Mitte (45), Mauritz-Ost (71), Gelmer-Dyckburg (76), Handorf (77) sowie Gremmendorf (81) mit insgesamt etwa 62 700 Einwohnern am 1.1.1979.

1.2.3. Evangelisches Krankenhaus (EK)

Mit 205 Betten und 4470 stationär behandelten Patienten 1978 (lt. telefonischer Auskunft der Krankenhausverwaltung) ist das EK das kleinste Haus der Stadt, verfügt als einziges auch nicht über eine Intensivbehandlungsstation.

Das EK liegt am nördlichen Rand der Innenstadt, das entsprechende Notaufnahmegerbiet beinhaltet die statistischen Bezirke Kreuz (27), Rumphorst (46), Uppenberg (47), Kinderhaus-West (63) und -Ost (62), Coerde (61) und Sprakel (68) mit zusammen etwa 55 600 Einwohnern am 1.1.1979.

1.2.4. Clemenshospital (CH)

Das CH liegt im Süden der Stadt, mit einer Bettenzahl von 500 und 11000 stationär behandelten Patienten im Jahr 1978 (Statistisches Amt der STADT MÜNSTER, 1979).

Das korrespondierende Notaufnahmegerbiet umfaßt die Bezirke Aaseestadt (31), Geist (32), Schützenhof (33), Duesberg (34) und Teile von Mecklenbeck (54) mit einer Gesamteinwohnerzahl von ca. 35 600 am 1.1.1979.

1.2.5. Raphaelsklinik (RK)

Im Stadtzentrum gelegen, mit 400 Betten und 7 300 stationären Behandlungen 1978 (STADT MÜNSTER, 1979) versorgt die RK laut Feuerwehr die Innenstadtbezirke Aegidii (11), Überwasser (12), Dom (13), Buddenturm (14), Martini (15), Josef (22), Bahnhof (23) und Schlachthof (26) mit etwa 26 500 Einwohnern am 1.1.1979.

1.2.6. Krankenhaus Hilstrup

Das KH liegt im südlichen Stadtteil Hilstrup, mit einer Bettenzahl von 450 und 9200 stationär behandelten Patienten 1978 (STADT MÜNSTER, 1979). Das Notaufnahmegerbiet umfaßt die statistischen Stadtbezirke Angermünde (86), Wolbeck (87), Berg Fidel (91), Hilstrup (96) und Amelsbüren (98) mit insgesamt etwa 42 000 Einwohnern am 1.1.1979.

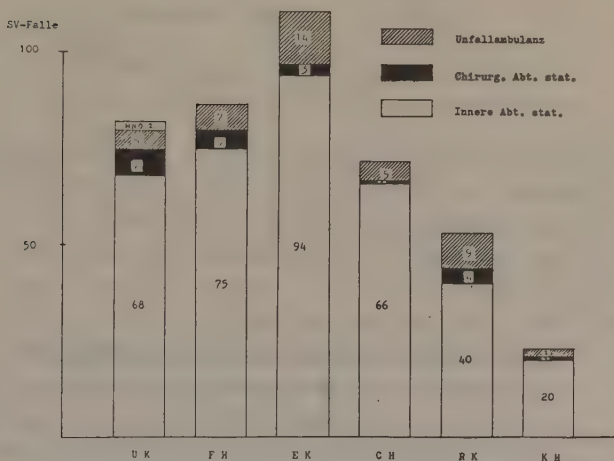
1.3. Verteilung der Behandlungsfälle / Patienten

Tab. 1 Verteilung der Behandlungsfälle nach Suizidversuch (SV-F.) und der behandelten Patienten (SV-P.) auf die einbezogenen Krankenhäuser und deren Fachabteilungen

SV-F. (SV-P.)	Innere Abt.	Chir. Abt.	Unfall- Ambulanz	HNO- Abt.	insg.
UK	68 (66)	7 (7)	5 (5)	2 (2)	82 (80)
FH	75 (71)	5 (5)	7 (6)	- -	87 (82)
EK	94 (90)	3 (2)	14 (11)	- -	111 (103)
CH	66 (64)	1 (1)	5 (4)	- -	72 (69)
RK	40 (40)	4 (4)	9 (9)	- -	53 (53)
KH	20 (20)	1 (1)	2 (1)	- -	23 (22)
insg.	363 (351)	21 (20)	42 (36)	2 (2)	428 (409)

Die folgende Graphik verdeutlicht, in welchem unterschiedlichen Ausmaß die einzelnen Münsteraner Krankenhäuser während des Erhebungszeitraums Personen nach Suizidversuchen behandelt haben, wobei hier nur die Behandlungsfälle berücksichtigt werden:

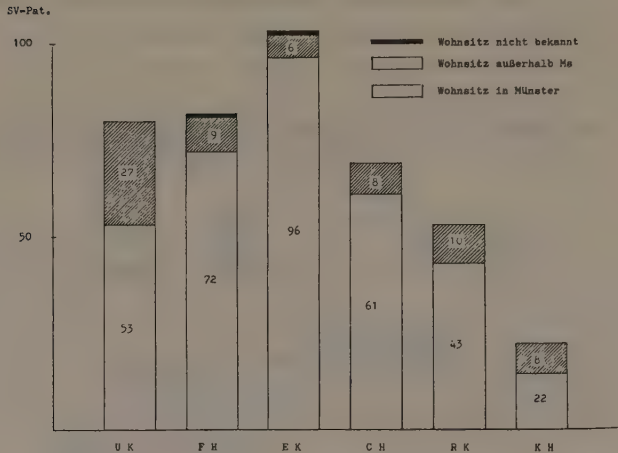
Abb. 1 Verteilung der Behandlungsfälle nach Suizidversuch (n=428) auf Krankenhäuser und deren Abteilungen



Das Evangelische Krankenhaus spielt demnach in Bezug auf die Versorgung von Suizidversuchen von allen Münsteraner Krankenhäusern die wichtigste Rolle, gefolgt vom Franziskus-Hospital und den Universitätskliniken. Dies gilt für alle die Fälle, in denen die Patienten aus Münster stammen oder primär in ein Münsteraner Krankenhaus aufgenommen wurden.

Die folgende Abbildung zeigt, wie sich die in Münster wohnhaften Patienten auf die sechs Häuser verteilen:

Abb. 2 Anteile Münsteraner (n=339) und auswärtiger Patienten (n=68) an den Behandlungskollektiven der sechs Krankenhäuser (Wohnsitz bei 2 Pat. nicht bek.)



Die Abbildung zeigt die unterschiedlichen Anteile Münsteraner und auswärtiger Patienten an den Kollektiven der einzelnen Häuser: den niedrigsten Anteil auswärtiger Patienten (5.8 %) und damit den höchsten Anteil Münsteraner Patienten (93.2%) verzeichnet das EK, den höchsten Anteil auswärtiger Patienten weisen die mehr an der Peripherie der Stadt gelegenen Häuser UK (33.8 %) und KH (36.4 %) auf.

Somit steht das EK bei der Versorgung Münsteraner SV - Patienten erst recht an erster Stelle mit 28.3 %, gefolgt vom FH (21.2 %) und CH (18.0 %). In diesen drei Häusern zusammen wurden während des Erhebungszeitraums mit 67.5 % mehr als zwei Drittel der Münsteraner SV - Patienten behandelt.

1.4. Die spezielle Rolle der einzelnen Krankenhäuser bei der Versorgung Münsteraner SV - Patienten

Zwei Fragenbereiche sollen behandelt werden:

a. wie sehen die Einzugs- oder Versorgungsgebiete der einzelnen Krankenhäuser aus? Gibt es Unterschiede in Bezug auf Größe und Einwohnerzahl? Inwieweit entsprechen diese Gebiete den von der Stadt und der Feuerwehr offiziell festgelegten Notaufnahmegerieten?

b. wie hoch ist die Suizidversuchsrate in den einzelnen Stadtbezirken und Einzugsgebieten?

Zunächst soll gezeigt werden, inwieweit die sechs Häuser die SV - Patienten ihrer korrespondierenden Notaufnahmegeriete tatsächlich versorgen. Daren anschließend erfolgt eine Beschreibung der von uns empirisch gefundenen Einzugs- oder Versorgungsgebiete. Offizielle Notaufnahmegeriete (NAG) und empirisch ermittelte Versorgungsgebiete (VG) werden dann gegenübergestellt.

Die folgende Tabelle zeigt die Herkunft der einzelnen Patientenkollektive, aufgegliedert nach den unter 1.2. beschriebenen administrativ festgelegten Notaufnahmegerieten. Dabei konnten von den betroffenen 339 in Münster wohnhaften Patienten 13 aufgrund unvollständiger Angaben nicht eindeutig einem NAG zugeordnet werden, so daß sich hier eine Gesamtzahl von 326 Patienten ergibt.

Tab. 2 Herkunft der in Münster wohnhaften
SV - Patienten nach NAG (n=326)

SV-P. n %hor. %ver.	NAG UK	NAG FH	NAG EK	NAG CH	NAG RK	NAG KH	insg.
UK	27 51.9 58.7	5 9.6 7.5	5 9.6 5.5	7 13.5 12.5	3 5.8 8.3	5 9.6 16.1	52
FH	0 - -	49 75.4 73.1	8 12.3 8.9	3 4.6 5.4	2 3.1 5.5	3 4.6 9.7	65
EK	5 5.4 10.9	2 2.1 3.0	66 71.0 73.3	1 1.1 1.8	19 20.4 52.8	0 - -	93
CH	10 16.4 21.7	2 3.3 3.0	5 8.2 5.5	33 54.1 58.9	1 1.6 2.8	10 16.4 32.3	61
RK	4 9.8 8.7	9 21.9 13.4	6 14.7 6.7	11 26.8 19.6	11 26.8 30.5	0 - -	41
KH	0 - -	0 - -	0 - -	1 7.1 1.8	0 - -	13 92.9 41.9	14
insg.	46	67	90	56	36	31	326

Ausgehend von den Krankenhäusern läßt sich zunächst derjenige Anteil von Patienten angeben, der seinen Wohnsitz tatsächlich im jeweils dem behandelnden Krankenhaus entsprechenden NAG hat. Dabei zeigt sich, daß fünf der sechs Häuser mehrheitlich Patienten des jeweils eigenen NAG versorgen, das KH liegt hier weit an der Spitze, fast alle Patienten sind im NAG wohnhaft, vor dem FH und dem EK, deren Patienten auch noch zu über zwei Dritteln

aus dem entsprechenden NAG stammen. Besonders niedrig ist der Anteil von Patienten aus dem eigenen NAG in der RK, was bedeutet, daß hier, aber auch im CH, der Anteil von Patienten aus anderen Stadtteilen, die eigentlich zu den NAG anderer Häuser gehören, hoch ist.

Geht man nun von den Notaufnahmegerieten aus und stellt die Frage, inwieweit Patienten aus einem NAG tatsächlich in dem korrespondierenden Krankenhaus behandelt wurden, ergibt sich folgendes Bild (siehe Tab. 2, vertikale %): vier Häuser versorgen mehr als die Hälfte der SV - Patienten ihres NAG, in absteigender Reihenfolge EK, FH, CH und UK.

Zusammenfassend läßt sich damit sagen, daß das EK und das FH weitgehend ihre NAG versorgen, während das CH und die UK zwar einen großen Teil der Patienten ihrer NAG, daneben aber auch viele Patienten aus anderen Teilen der Stadt behandeln. Letzteres gilt in besonderem Maße für die RK, während das KH nur einen Teil der Patienten seines NAG versorgt.

1.4.1. Empirisch ermittelte Versorgungsgebiete der einbezogenen Krankenhäuser

Nach diesem orientierenden Überblick über die Gültigkeit der offiziellen NAG ermöglicht die folgende Tabelle eine genauere Analyse. Sie zeigt für jeden der 42 statistischen Stadtbezirke die Zahl der in den Allgemeinkrankenhäusern behandelten SV - Patienten während des Erhebungszeitraums und die Verteilung dieser Patienten auf die einzelnen Krankenhäuser. In der Spalte NAG findet sich der Anfangsbuchstabe des Krankenhauses, zu dessen NAG dieser statistische Bezirk gehört,

in der Spalte VG der Anfangsbuchstabe des Hauses, zu dessen Versorgungsgebiet dieser Bezirk aufgrund unserer Ergebnisse gehört.

Dabei wurde definitiv festgelegt: ein Bezirk ist Bestandteil des Versorgungsgebiets desjenigen Hauses, das den höchsten Anteil von Patienten aus diesem Bezirk aufnimmt; bei gleich hohem Anteil mehrerer Häuser erfolgt eine Aufteilung des Bezirks zu gleichen Teilen.

Tab. 3 Verteilung der SV - Patienten aus den 42 statistischen Stadtbezirken auf die einbezogenen Krankenhäuser

Stat. Bez.	Name	UK	FH	EK	CH	RK	KH	NAG	VG
11	Aegidii	1	-	1	-	-	-	R	U, E
12	Überwasser	2	-	2	-	1	-	R	U, E
13	Dom	-	-	1	-	2	-	R	R
14	Buddenturm	-	-	5	-	1	-	R	E
15	Martini	-	-	2	-	1	-	R	E
21	Pluggendorf	4	-	-	1	1	-	U	U
22	Josef	-	-	-	1	6	-	R	R
23	Bahnhof	-	-	-	-	-	-	R	R
24	Hansaplatz	2	6	-	-	3	-	F	F
25	Mauritz-West	1	10	-	-	-	-	F	F
26	Schlachthof	-	2	8	-	-	-	R	E
27	Kreuz	2	-	21	-	1	-	E	E
28	Neutor	2	-	-	-	1	-	U	U
29	Schloß	1	-	1	-	-	-	U	U, E
31	Asseestadt	6	1	-	2	2	-	C	U
32	Geist	-	-	-	8	3	1	C	C
33	Schützenhof	-	-	1	8	5	-	C	C
34	Düesberg	1	2	-	10	1	-	C	C
43	Hafen	1	-	-	-	-	-	F	U
44	Herz-Jesu	-	2	-	-	-	-	F	F
45	Mauritz-Mi.	-	10	1	-	1	-	F	F
46	Rumphorst	-	3	10	-	2	-	E	E
47	Uppenberg	3	2	13	1	2	-	E	E
51	Gievenbeck	9	-	3	1	1	-	U	U
52	Sentrup	4	-	1	1	-	-	U	U
54	Mecklenbeck	2	-	-	5	-	-	U, C	C
56	Albachten	1	-	-	6	-	-	U	C
57	Roxel	3	-	-	-	-	-	U	U
58	Nienberge	1	-	-	1	1	-	U	U, C
61	Coerde	-	3	6	4	1	-	E	E
62	Kinderhaus-O.	-	-	3	-	-	-	E	E
63	Kinderhaus-W.	-	-	11	-	-	-	E	E

Fortsetzung Tab. 3 :

68	Sprakel	-	-	2	-	-	-	E	E
71	Mauritz-Ost	-	10	1	1	2	-	F	F
76	Gelmer-Dyckb.	-	1	-	-	-	-	F	F
77	Handorf	1	8	-	1	1	-	F	F
81	Gremmendorf	-	2	-	-	2	-	F	F, R
86	Angelmodde	3	2	-	-	-	3	H	U, H
87	Wolbeck	1	-	-	-	-	-	H	U
91	Berg Fidel	-	-	-	7	-	-	H	C
96	Hiltrup	1	1	-	2	-	9	H	H
98	Amelsbüren	-	-	-	1	-	1	H	C, H
--	unbekannt	1	7	3	-	2	-	-	-
--	Stadt Münster	53	72	96	61	43	14		

Die aus der Tabelle 3 zu entnehmenden Versorgungsgebiete werden im folgenden näher beschrieben und den offiziellen Notaufnahmgebieten gegenübergestellt:

1.4.1.1. UK

Aus Tabelle 2 war bereits zu entnehmen, daß nur etwa die Hälfte der in den UK versorgten Patienten aus dem eigenen NAG stammt und die UK andererseits auch nur wenig mehr als die Hälfte aller SV - Patienten aus ihrem NAG versorgen.

Besonders die Bezirke Alachten (56), Schloß (29), Mecklenbeck (54) und Nienberge (58), die zum offiziellen NAG der UK gehören, müssen aufgrund unserer Ergebnisse ganz oder zum Teil zu den VG anderer Häuser gezählt werden.

Auf der anderen Seite fallen die Bezirke Aaseestadt (31) und Hafen (43) ganz, die Bezirke Aegidii (11), Überwasser (12) und Angelmodde (86) teilweise in das VG der UK, obwohl sie zu den NAG anderer Häuser gehören. Damit sind Patienten aus 22 Bezirken in den UK vertreten.

Basierend auf den Zahlen des Statistischen Jahresberichts 1979 der STADT MÜNSTER betrug die Einwohnerzahl des von uns ermittelten VG am 1.1.1979 etwa 53 900.

1.4.1.2. FH

Es war schon festgestellt worden (vgl. Tab. 2), daß das FH einen sehr hohen Anteil der Patienten seines NAG versorgt und kaum Patienten aus anderen NAG. Aus Tabelle 3 geht hervor, daß nur der Bezirk Hafen (43) und ein Teil des Bezirks Gremmendorf (81) zum VG eines anderen Hauses gehören, NAG und VG des FH ansonsten weitgehend übereinstimmen. Für das VG ergibt sich eine Einwohnerzahl von ca. 56 800 am 1.1.1979.

1.4.1.3. EK

Auch hier gilt, daß das EK einen sehr hohen Anteil der Patienten seines NAG versorgt, daneben aber noch, wie aus Tabelle 3 zu ersehen, viele Patienten aus anderen Bezirken, so daß das VG des EK über das NAG hinausreicht: die Bezirke Buddenturm (14), Martini (15), Schlachthof (26) sind ganz, Aegidii (11), Überwasser (12) und Schloß (29) teilweise dem VG des EK zuzuordnen, das am 1.1.1979 etwa 67 700 Einwohner zählte.

1.4.1.4. CH

Etwa die Hälfte der CH - Patienten stammte aus dem eigenen NAG, von allen Patienten des NAG wurden im CH fast 60 % behandelt (vgl. Tab. 2). Der Bezirk Aaseestadt (31) gehört nach unseren Untersuchungen nicht zum VG dieses Hauses, andererseits fallen die Bezirke Mecklenbeck (54), Almbachten (56), Nienberge (58) und Amelsbüren

(98) ganz oder zum Teil in das VG des CH, dessen Einwohnerzahl am 1.1.1979 etwa 45 800 betrug.

1.4.1.5. RK

In der RK lag der Anteil der Patienten aus dem eigenen NAG besonders niedrig, und auch nur weniger als ein Drittel der Patienten aus diesem Gebiet wurden in der RK behandelt. Ein großer Teil des NAG der RK muß damit zum VG anderer Häuser, besonders des EK, gezählt werden. Zu den verbleibenden Bezirken kommen Teile von Nienberge (58) und Gremmendorf (81) hinzu, so daß das VG nur etwa 19 700 Einwohner umfaßt, die Patienten der RK aber aus insgesamt 22 Bezirken stammen.

1.4.1.6. KH

Das KH versorgt weniger als die Hälfte der Patienten des eigenen NAG und kaum andere Patienten. Dementsprechend gehören die Bezirke Wolbeck (87) und Berg Fidel (91) ganz, Angermünde (86) und Amelsbüren (98) teilweise zum VG anderer Häuser. Die Patienten des KH stammen aus nur 4 Bezirken, das verbleibende VG verzeichnete am 1.1.1979 ca. 23 200 Einwohner.

Zusammenfassend ergibt sich für die Größe der von uns ermittelten Versorgungsgebiete der einzelnen Krankenhäuser folgende Reihenfolge:

Tab. 4 Einwohnerzahl der Versorgungsgebiete
 (VG) der einbezogenen Krankenhäuser
 und Anteile an der Münsteraner Gesamt-
 bevölkerung (am 1.1.1979: 267 000)

VG des EK	:	67 700 Einw. = 25.4 %
VG des FH	:	56 800 Einw. = 21.3 %
VG der UK	:	53 800 Einw. = 20.1 %
VG des CH	:	45 800 Einw. = 17.1 %
VG des KH	:	23 200 Einw. = 8.7 %
VG der RK	:	19 700 Einw. = 7.4 %

Die herausragende Stellung des EK bei der Versorgung von Suizidversuchspatienten wird auch hier deutlich: in das entsprechende Versorgungsgebiet fällt mehr als ein Viertel der Münsteraner Bevölkerung. Dahinter liegen etwa gleichauf das FH und die UK. Bis auf die der RK entsprechenden Angaben in Tabelle 4 - hier kommt das kleinste VG durch die breite Steuerung der Patienten aus vielen Stadtbezirken bei gleichzeitig niedriger Gesamtzahl zustande - lassen sich die hier ermittelten Prozentsätze gut mit den Angaben über die absoluten Häufigkeiten von Behandlungsfällen und behandelten Patienten in Tabelle 1 und Abbildung 1 und 2 in Übereinstimmung bringen.

1.4.2. Häufigkeit von Suizidversuchen in den Versorgungsgebieten der einbezogenen Krankenhäuser

Neben der Größe des Einzugs- oder Versorgungsgebietes hat die Rate von Suizidversuchen in diesen Gebieten einen Einfluß auf die Anzahl der von den einzelnen Krankenhäusern zu versorgenden Zahl von Patienten. Aus dem Statistischen Jahresbericht 1979 der STADT MÜNSTER ist für jeden der 42 statistischen Bezirke die genaue Einwohnerzahl am 1.1.1979 zu entnehmen; die Häufigkeit, mit der Einwohner dieser Bezirke Suizidversuche durchführten und daran anschließend in einem der Allgemeinkrankenhäuser behandelt wurden, ist aus Tabelle 3 ersichtlich. So läßt sich für jeden Bezirk die Suizidversuchsrate pro 1000 Einwohner berechnen, wobei hier ausdrücklich betont werden muß, daß hier die primär in psychiatrischen Institutionen behandelten Suizidversuche ausgeklammert werden.

Tab. 5 Rate von in Allgemeinkrankenhäusern behandelten Patienten nach Suizidversuchen (n=339) in den 42 statistischen Bezirken der Stadt Münster

Stat. Bez.	Name	Einw.-zahl	SV-Pat.	SV-P./1000 E.	VG
11	Aegidii	1540	2	1.30	U,E
12	Überwasser	1847	5	2.71	U,E
13	Dom	3027	3	0.99	R
14	Buddenturm	2624	6	2.29	E
15	Martini	1655	3	1.81	E
21	Pluggendorf	5075	6	1.18	U
22	Josef	9187	7	0.76	R
23	Bahnhof	1245	0	--	R
24	Hansaplatz	7840	11	1.40	F
25	Mauritz-West	6588	11	1.67	F
26	Schlechthof	5080	10	1.97	E
27	Kreuz	14826	24	1.62	E
28	Neutor	3870	3	0.77	U
29	Schloß	2264	2	0.88	U,E
31	Aaseestadt	7413	11	1.48	U
32	Geist	9540	12	1.26	C
33	Schützenhof	7975	14	1.75	C
34	Düesberg	7609	14	1.84	C
43	Hafen	1509	1	0.66	U
44	Herz-Jesu	5678	2	0.35	F
45	Mauritz-Mi.	11406	12	1.05	F
46	Rumphorst	7945	15	1.89	E
47	Uppenberg	8557	21	2.45	E
51	Gievenbeck	8633	14	1.62	U
52	Sentrup	6019	6	0.99	U
54	Mecklenbeck	6585	7	1.06	C
56	Albachten	3686	7	1.90	C
57	Roxel	6413	3	0.47	U
58	Nienberge	5621	3	0.53	UCR
61	Coerde	9043	14	1.55	E
62	Kinderhaus-O.	3745	3	0.80	E
63	Kinderhaus-W.	8492	11	1.29	E
68	Sprakel	2893	2	0.69	E
71	Mauritz-Ost	10450	14	1.34	F
76	Gelmer-Dyckb.	2987	1	0.33	F
77	Handorf	7527	11	1.46	F
81	Gremmendorf	8683	4	0.46	F,R
86	Angelmodde	6866	8	1.16	U,H
87	Wolbeck	6793	1	0.15	U
91	Berg Fidel	6052	7	1.16	C
96	Hiltrup	17289	13	0.75	H
98	Amelsbüren	4980	2	0.40	C,H
--	unbekannt	--	13	--	-
--	Münster	267057	339	1.27	-

Für die unter 1.4.1. ermittelten Versorgungsgebiete lassen sich aus den Angaben in Tabelle 5 ebenfalls die Raten von SV - Patienten pro 1000 Einwohner bestimmen:

Tab. 6 Rate von SV - Patienten pro 1000 Einwohner in den Versorgungsgebieten der einbezogenen Krankenhäuser

VG des EK	:	1.68 SV-P. / 1000 Ew
VG des CH	:	1.37 SV-P. / 1000 Ew
VG des FH	:	1.13 SV-P. / 1000 Ew
VG der UK	:	1.01 SV-P. / 1000 Ew
VG des KH	:	0.78 SV-P. / 1000 Ew
VG der RK	:	0.66 SV-P. / 1000 Ew

Im VG des EK liegt die Rate der Suizidversuchspatienten somit am höchsten, auch im VG des CH liegt diese Rate noch über dem Durchschnittswert für die Stadt Münster von 1.27 Patienten pro 1000 Einwohner.

Damit versorgt das EK nicht nur das relativ größte Gebiet bzw. den relativ höchsten Anteil der Münsteraner Bevölkerung, unter den Einwohnern dieses Gebiets ist die Rate der SV - Patienten auch noch die mit Abstand höchste.

Eine weitergehende Analyse der Suizidversuchsrate in den einzelnen Stadtbezirken wird an dieser Stelle nicht vorgenommen, es wird auf die Arbeit von PICK verwiesen.

2. BESCHREIBUNG UND VERGLEICH DER PATIENTEN- KOLLEKTIVE DER EINBEZOGENEN KRANKENHÄUSER

2.1. Sozialdaten

Im folgenden sollen die in den einzelnen Krankenhäusern behandelten Patientenkollektive anhand der von uns erhobenen Sozialdaten beschrieben und miteinander verglichen werden.

2.1.1. Geschlechtsverteilung

Die folgende Tabelle zeigt die Anteile männlicher und weiblicher Patienten an den von den einzelnen Krankenhäusern behandelten Kollektiven:

Tab. 7 Geschlechtsverteilung in den Patientenkollektiven der sechs Krankenhäuser

SV-P. n %	männl. Pat.	weibl. Pat.	insg.
UK	28 35.0	52 65.0	80
FH	22 26.8	60 73.2	82
EK	43 41.7	60 58.3	103
CH	21 30.4	48 69.6	69
RK	21 39.6	32 60.4	53
KH	6 27.3	16 72.7	22
.	141	268	409

Es findet sich in allen Kollektiven das Überwiegen weiblicher Patienten, was auch für das Gesamtkollektiv zutrifft. Den höchsten Anteil männlicher Patienten weisen EK und RK, den höchsten Anteil weiblicher Patienten das FH und das KH auf.

2.1.2. Altersverteilung

Tabelle 8 zeigt die Altersverteilungen für die Einzelkollektive und das Gesamtkollektiv. Überall überwiegen die jüngeren Altersklassen, am stärksten ist in allen Häusern die Gruppe der 15 - 25 jährigen vertreten. In allen Häusern sind über 60 % der Patienten unter 35 Jahre alt.

Tab. 8 Altersverteilung in den Patientenkollektiven der sechs Krankenhäuser (keine Altersangabe bei 3 Patienten des EK)

SV-P. n %	<15	<25	<35	<45	<55	<65	≥65	insg.
UK	3 3.8	30 37.5	18 22.5	13 16.3	6 7.6	3 3.8	7 8.8	80
FH	0 -	35 42.7	19 23.2	11 13.4	9 11.0	3 3.6	5 6.1	82
EK	0 -	36 35.0	27 26.3	17 16.5	9 8.8	6 5.9	5 4.9	101
CH	1 1.4	27 39.1	16 23.2	14 20.2	5 7.2	1 1.4	5 7.2	69
RK	0 -	26 49.0	8 15.1	9 16.9	4 7.6	4 7.6	2 3.8	53
KH	0 -	10 45.4	4 18.2	4 18.2	2 9.1	0 -	2 9.1	22
insg.	4 1.0	164 40.1	92 22.5	68 16.6	35 8.6	17 4.2	26 6.4	406

2.1.3. Konfession

Da uns hier vor allem die Anteile katholischer und protestantischer Patienten interessierten, wurden Patienten ohne Konfessionsangabe, konfessionslose und einer anderen Konfession angehörende Patienten zusammengefaßt. Tabelle 9 zeigt die Anteile der beiden größten Konfessionsgruppen an den einzelnen Patientenkollektiven:

Tab. 9 Anteile der großen Konfessionsgruppen
an den sechs Patientenkollektiven

SV-P. n %	kath. Pat.	protest. Pat.	andere / k.A.
UK (n=80)	50 62.5	19 23.7	11 13.8
FH (n=82)	37 45.1	25 30.5	20 24.4
EK (n=103)	41 39.8	31 30.1	31 30.1
CH (n=69)	43 62.3	20 29.0	6 8.7
RK (n=53)	27 50.9	15 28.3	11 20.8
KH (n=22)	13 59.1	5 22.7	4 18.2
insg. (n=409)	211 51.6	115 28.1	83 20.3

Es überwiegen zwar in allen Einzelkollektiven die katholischen Patienten, aufgrund des teilweise erheblichen Anteils von Patienten, die - aufgrund fehlender Angaben - keiner Konfession zugeordnet

werden können, sind obige Angaben nur sehr bedingt interpretierbar.

2.1.4. Soziale Schicht

Zur Schichteinstufung wurde das Schema der Sozialen Selbsteinstufung (SSE) verwandt, daß auf MOORE und KLEINING (1960) zurückgeht. Entscheidend für die Einstufung sind dabei Angaben über den Beruf des Patienten oder den des Haushaltsvorstandes. Dementsprechend ist eine Zuordnung zu einer sozialen Schicht bei Personen ohne Berufsangabe, bei nicht berufstätigen Personen und bei letzteren ohne Angabe des Berufs des Haushaltsvorstandes nicht möglich.

Tab. 10 Schichtverteilung innerhalb der sechs Patientenkollektive (Abkürzungen: u,m,o = untere, mittlere, obere; U,M = Unterschicht, Mittelschicht)

SV-P. n %	u.U.	m.U.	o.U.	u.M.	m.M.	o.M.	nicht einstufb.
UK (n=80)	4 5.0	5 6.3	13 16.3	12 15.0	3 3.8	6 7.5	37 46.1
FH (n=82)	7 8.5	3 3.7	17 20.7	15 18.3	2 2.4	1 1.2	37 45.2
EK (n=103)	2 1.9	7 6.8	19 18.4	20 19.4	2 1.9	3 2.9	50 48.5
CH (n=69)	5 7.2	2 2.9	21 30.4	21 30.4	0 -	2 2.9	18 26.2
RK (n=53)	2 3.8	7 13.2	11 20.8	14 26.4	2 3.8	2 3.8	15 28.2
KH (n=22)	0 -	4 18.2	4 18.2	11 50.0	0 -	0 -	3 13.6
insg. (n=409)	20 4.9	28 6.8	85 20.8	93 22.7	9 2.2	14 3.4	160 39.2

Der Anteil der nicht einstufbaren Personen, der für das Gesamtkollektiv fast 40 % beträgt, variiert von Einzelkollektiv zu Einzelkollektiv erheblich. Dieser Prozentsatz, der einerseits auf den unterschiedlich hohen Anteil nicht erwerbstätiger Personen, andererseits auf die unterschiedliche Qualität der Dokumentation der Sozialdaten in den einzelnen Krankenhäuser zurückzuführen ist, relativiert die Aussagekraft von Tabelle 10.

Dennoch sollen einige Tendenzen hervorgehoben werden: am stärksten sind in allen Kollektiven die obere Unterschicht und die untere Mittelschicht vertreten. Ferner fällt der hohe Anteil von Patienten aus den zwei obersten Schichten - mittlere und obere Mittelschicht - unter den in den UK Behandelten auf, wo ihr Anteil doppelt so hoch wie im Gesamtkollektiv ist. Von allen Patienten, die diesen beiden Schichten zugeordnet werden können, wurden 39 % in den UK behandelt.

2.1.5. Erwerbs- und Berufstätigkeit

Es fanden sich in nahezu allen Krankenblättern (93.4 %) Angaben über die Stellung der Patienten im Erwerbsleben, so daß hier wesentlich genauere Angaben gemacht werden können, als dies unter 2.1.4. möglich war.

Im Gesamtkollektiv überwiegen die nicht erwerbstätigen Personen, sie stellen fast 60 % aller Patienten. Auch in allen Einzelkollektiven - bis auf das FH, wo in Über 20 % der Fälle die entsprechenden Daten nicht vorlagen - stellt dieser Personenkreis mehr als die Hälfte der behandelten Patienten. Tabelle 11 zeigt nun die Verteilung der wichtigsten Untergruppen erwerbstätiger und nicht erwerbstätiger Patienten.

Tab. 11 Verteilung erwerbstätiger und nicht erwerbstätiger Personengruppen auf die einbezogenen Krankenhäuser

SV-P. n %	UK (n=80)	FH (n=82)	EK (n=103)	CH (n=69)	RK (n=53)	KH (n=22)
Arbeiter (n=59)	15 25.4	10 16.9	12 20.3	6 10.2	13 22.1	3 5.1
Angest. (n=61)	7 11.5	14 22.9	12 19.7	13 21.3	9 14.7	6 9.8
Beamte (n= 7)	3 42.9	2 28.6	0 -	1 14.3	0 -	1 14.3
Selbstst. (n=11)	3 27.3	2 18.2	3 27.3	1 9.1	2 18.2	0 -
Freie B. (n= 3)	1 33.3	0 -	2 66.7	0 -	0 -	0 -
Schüler, AzB, Stud. (n=87)	28 32.2	12 13.8	24 27.6	12 13.8	10 11.5	1 1.1
Hausfrau. (n=51)	9 17.6	2 3.9	15 29.4	14 27.5	6 11.8	5 9.8
Arb.lose (n=30)	1 3.3	5 16.7	9 30.0	7 23.3	4 13.3	4 13.3
Rentner (n=30)	6 20.0	8 26.7	6 20.0	6 20.0	3 10.0	1 3.3
and.n.erw. (n=41)	6 14.6	10 24.4	13 31.7	5 12.2	6 14.6	1 2.4
keine Ang. (n=29)	1 3.4	17 58.6	6 20.7	3 10.3	2 6.9	0 -

Arbeiter stellen mit 59 Personen 14.4 % des Gesamtkollektivs, mehr als zwei Drittel dieser Berufsgruppe werden in den drei Häusern UK, EK und RK versorgt. In der RK machen Arbeiter ein Viertel der dort behandelten Patienten aus.

Angestellte stellen mit 61 Personen die stärkste Berufsgruppe. Im KH und im FH stellen sie den

höchsten Anteil einer Berufsgruppe unter den dort behandelten Patienten.

Beamte, Selbstständige und Freiberufler machen zusammen nur 5.1 % aller Patienten aus. Unter den Beamten verzeichnen UK und FH die höchsten Anteile, unter den Selbstständigen und Freiberuflern UK und EK.

Schüler, Auszubildende und Studenten stellen 21.3 % des Gesamtkollektivs. Die Versorgung dieser Gruppe erfolgt vor allem in den UK und dem EK, fast 60 % werden in diesen beiden Häusern behandelt. Betrachtet man nur die studentischen Suizidversuchspatienten (n = 35), so haben UK und EK mit 14 bzw. 13 Personen einen Anteil von fast 80 % an dieser Untergruppe.

Hausfrauen stellen 51 = 12.5 % aller behandelten Patienten, wobei EK und CH die höchsten Anteile dieser Gruppe versorgen.

Arbeitslos waren 7.3 % = 30 Patienten, wie bei den Hausfrauen versorgen EK und CH zusammen über die Hälfte dieser Patienten.

Rentner stellen ebenfalls 7.3 % des Gesamtkollektivs, hinsichtlich ihrer Versorgung zeigen sich keine besonderen Schwerpunkte.

2.1.6. Kostenträger

Angaben über den Kostenträger fanden sich in 98.8 % der Krankenblätter der Suizidversuchspatienten, so daß in Verbindung mit Informationen über Beruf und soziale Schicht der Patienten diese Angaben zur Einschätzung der sozialen Stellung herangezogen werden können.

Abb. 3 Anteile der verschiedenen Kostenträger an den Patientenkollektiven der einbezogenen Krankenhäuser

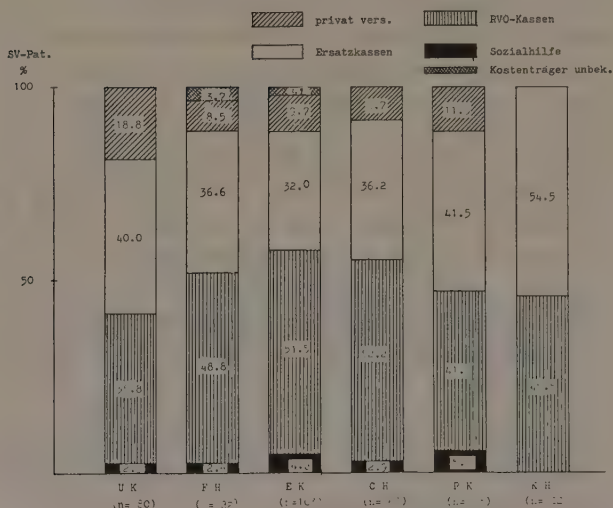


Abbildung 3 zeigt, daß mehr als die Hälfte der Patienten des EK, des CH und des FH in den sog. RVO - Kassen versichert sind; dazu kommt für jedes dieser Häuser ein geringer Anteil von Patienten, bei denen das Sozialamt die Kosten der Krankenhausbehandlung trägt. Diese beiden Versichertengruppen dürften der Unterschicht zuzuordnen sein, deren Anteil damit an den Patienten der drei genannten Häuser über 50 % liegt.

Was bezüglich der in den UK behandelten Patienten schon in Tabelle 10 zum Ausdruck kam, findet sich auch hier bei der Frage nach dem Kostenträger wieder: privat versicherte Patienten, d.h. Mittelschichtspatienten (nach dem SSE mittlere und obere Mittelschicht) sind besonders häufig in den UK vertreten. Hier werden 34.1 % aller privat versicherten Suizidversuchspatienten behandelt.

2.2. Vorgeschichte

Für unsere Untersuchungen wesentlich erschienen uns Angaben über frühere Suizidversuche, frühere psychiatrische Behandlungen und früher diagnostizierte psychische Erkrankungen bei den Suizidversuchspatienten.

2.2.1. Frühere Suizidversuche

Angaben über früher durchgeführte Suizidversuche fanden sich bei 24.2 % aller Patienten. Für die sechs Einzelkollektive zeigt Tabelle 12 die Zahl der Patienten mit einem oder mit mehreren Suizidversuchen in der Vorgeschichte.

Tab. 12 Häufigkeit von früheren Suizidversuchen
in den sechs Patientenkollektiven

SV-P. n %	ein früh. Suizidvers.	mehr als ein früh.SV	keine Ang. üb.früh.SV
UK (n=80)	4 5.0	12 15.0	64 80.0
FH (n=82)	10 12.2	19 23.2	53 64.6
EK (n=103)	11 10.7	8 7.8	84 81.5
CH (n=69)	10 14.5	6 8.7	53 76.8
RK (n=53)	9 17.0	7 13.2	37 69.8
KH (n=22)	2 9.1	1 4.5	19 86.4
insg. (n=409)	46 11.2	53 13.0	310 75.8

Der Anteil von Patienten, die schon früher einen oder sogar mehrere Suizidversuche durchgeführt haben, variiert von Krankenhaus zu Krankenhaus erheblich. Unter den Patienten des FH haben mehr als ein Drittel mindestens einen, fast ein Viertel sogar mehr als einen Suizidversuch in der Vorgeschichte. Ebenfalls beträchtlich über dem Durchschnitt liegen die Patienten der RK.

Dagegen sind unter den Patienten des EK und des KH die Anteile früherer Suizidversuche weitaus geringer als im Gesamtkollektiv.

2.2.2. Frühere psychiatrische Behandlungen

Bei 80 = 19.6 % der 409 Patienten fanden sich in den Krankenblättern Angaben über psychiatrische Behandlungen in der Vorgeschichte. Die Anteile von Patienten mit ambulanter oder stationärer früherer psychiatrischer Behandlung waren von Haus zu Haus wieder sehr unterschiedlich, wie Tabelle 13 zeigt:

Tab. 13 Anteile psychiatrisch bereits einmal behandelter Patienten an den sechs Einzelkollektiven

SV-P. n %	frühere ambulante psych.Beh.	frühere stationäre psych.Beh.	keine Ang. üb.früh. psych.Beh.
UK (n=80)	7 8.8	11 13.8	62 77.4
FH (n=82)	14 17.1	13 15.9	55 67.0
EK (n=103)	6 5.8	10 9.7	87 84.5
CH (n=68)	2 2.9	7 10.1	60 87.0
RK (n=53)	3 5.7	6 11.3	44 83.0
KH (n=22)	0 -	1 4.5	21 95.5

Der Anteil psychiatrisch vorbehandelter Patienten ist unter den Patienten des FH bei weitem am höchsten: ein Drittel der FH - Patienten war schon einmal in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung. Auch für UK - Patienten ist dieser Anteil noch überdurchschnittlich, während nur bei ganz wenigen Patienten des KH eine psychiatrische Vorbehandlung in den Krankengeschichten erwähnt ist.

2.2.3. Frühere psychiatrische Diagnosen

Eine psychische Erkrankung ist laut Krankenblattunterlagen bei insgesamt 53 = 12.7 % aller 409 Patienten in der Vorgeschichte diagnostiziert worden. Für die Einzelkollektive ergibt sich folgendes Bild:

Tab. 14 Anteile von Patienten mit früher diagnostizierten psychischen Erkrankungen an den sechs Patientenkollektiven

SV-P. n %	Neurosen/ Pers.stör.	Sucht- erkrankg.	Psychosen	keine Ang. üb.psych. Erkrankg.
UK (n=80)	5 6.3	4 5.0	3 3.8	68 84.9
FH (n=82)	5 6.1	5 6.1	7 8.5	65 79.3
EK (n=103)	2 1.9	3 2.9	3 2.9	95 92.3
CH (n=69)	0 -	7 10.1	2 2.9	60 87.0
RK (n=53)	1 1.9	3 5.7	1 1.9	48 90.5
KH (n=22)	0 -	1 4.5	0 -	21 95.5
insg. (n=409)	13 3.2	23 5.6	16 3.9	357 87.3

Auch hier ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Patientenkollektiven: den höchsten Anteil von Patienten, bei denen in der Vorgeschichte schon einmal eine psychische Erkrankung diagnostiziert worden ist, verzeichnet das FH (20.7 %, davon 8.5 % Psychosen), gefolgt von den UK. Die niedrigsten Anteile weisen EK und KH auf.

Zusammengefaßt kann zu den zur Vorgeschichte der Suizidversuchspatienten erhobenen Daten gesagt werden, daß unter den Patienten des FH der Anteil mit früheren Suizidversuchen, früheren psychiatrischen Behandlungen und Diagnosen der höchste aller Häuser ist. Frühere Suizidversuche, Suchtleiden, psychotische Erkrankungen und damit verbundene psychiatrische Behandlungen dürfen nach Meinung vieler Autoren (POHLMEIER, 1978; BÜCKER, 1973 u.a.) als Risikofaktoren für Suizidversuche gelten.

Einschränkend muß aber hinzugefügt werden, daß Angaben zu diesen Risikofaktoren in besonderem Maße von der Krankenblattqualität abhängig sind, denn nur Ärzte mit Wissen um die Risikofaktoren für Suizidversuche werden bei der Erhebung der Anamnese auch danach fragen.

3. SUIZIDVERSUCHSFÄLLE UND DEREN BEHANDLUNG IN DEN EINZELNEN KRANKENHÄUSERN

Nach der Beschreibung und dem Vergleich der Patientenkollektive der sechs einbezogenen Krankenhäuser sollen nun die behandelten Suizidversuchsfälle (n = 428) getrennt für die einzelnen Häuser beschrieben und die durchgeführte Therapie näher untersucht werden.

3.1. Medizinische Beschreibung und Beurteilung der Suizidversuche

Anhand der Variablen Suizidversuchsmethode, Aufnahmebefund und erforderliche / getroffene therapeutische Maßnahmen soll der " organmedizinische " Schweregrad der Suizidversuche bestimmt werden.

3.1.1. Suizidversuchsmethode

Tab. 15 Anteile verschiedener Suizidversuchsmethoden an den Behandlungsfällen der einbezogenen Krankenhäuser

SV-F. n %	weiche SV-Meth.	harte SV-Meth.	k.Ang.üb. SV-Meth.
UK (n=82)	64 78.0	17 20.7	1 1.3
FH (n=87)	72 82.8	14 16.1	1 1.1
EK (n=111)	90 81.1	20 18.0	1 0.9
CH (n=72)	66 91.7	6 8.3	0 -
RK (n=53)	39 73.6	13 24.5	1 1.9
KH (n=23)	19 82.7	3 13.0	1 4.3
insg.	350	73	5

In Tabelle 15 wird nur eine grobe Unterteilung in sog. weiche (Intoxikationen) und harte Suizidmethoden (Schnitt-, Schußverletzungen etc.) vorgenommen. Für die Fallkollektive der einzelnen Krankenhäuser ergibt sich dabei: von den in der RK und den UK versorgten Suizidversuchsfällen wurden ein Viertel bzw. ein Fünftel mit harten Methoden durchgeführt, damit verzeichnen diese beiden Häuser die höchsten Anteile harter Methoden. Weit unterdurchschnittlich ist der Anteil harter Methoden unter den Patienten des CH.

Die weitere Aufschlüsselung der mit weichen Methoden verübten Suizidversuche ergab: Intoxikationen mit den verschiedenen Stoffklassen von Medikamenten (Schlafmittel, Psychopharmaka, Analgetika) haben in allen sechs Fallkollektiven etwa gleichhohe Anteil. Nur bei schwersten Intoxikationen mit Pflanzenschutzmitteln fällt auf, daß zwei Drittel dieser Fälle in den UK und im FH behandelt werden; wegen der geringen Zahl von nur 6 Fällen kommt diesem Befund aber keine größere Bedeutung zu.

3.1.2. Aufnahmebefund

Als einen Faktor zur medizinischen Einschätzung eines Suizidversuchs erhoben wir aus den Krankenblättern den somatischen und neurologischen Aufnahmebefund. Wir erhofften uns Hinweise zur Klärung der Frage, ob die medizinische Gefährdung durch den Suizidversuch, ausgedrückt durch den körperlichen und bewußtseinsmäßigen Zustand des Patienten - beides auch durch eventuell betroffene Laien (Feuerwehrleute, Krankentransportfahrer) in etwa beurteilbar - als Faktor bei der Wahl der Behandlungsinstitution und der erfolgten Behandlung bzw. Weiterbehandlung eine Rolle gespielt hat.

Tab. 16 Somatischer Aufnahmebefund bei den
Behandlungsfällen der einbezogenen
Krankenhäuser

SV-F. n %	keine Verletz.	leichte Verletz.	schwere Verletz.	keine Angabe
UK (n=82)	61 74.3	5 6.1	8 9.8	8 9.8
FH (n=87)	68 78.2	9 10.3	4 4.6	6 6.9
EK (n=111)	91 82.0	15 13.5	5 4.5	0 -
CH (n=72)	66 91.7	6 8.3	0 -	0 -
RK (n=53)	42 79.2	11 20.8	0 -	0 -
KH (n=23)	20 87.0	3 13.0	0 -	0 -
insg. (n=428)	348 81.3	49 11.4	17 4.0	14 3.3

Der überwiegende Teil der nach Suizidversuchen behandelten Patienten wies keine Verletzungen auf. Dieses Ergebnis entspricht dem unter 3.1.1. beschriebenen Überwiegen weicher Suizidversuchsmethoden in allen Krankenhäusern. Während in allen Häusern leicht verletzte Fälle (z.B. Schnittwunde ohne Arterienbeteiligung etc.) zur Aufnahme kamen, wurden schwere Verletzungen (Arterieneröffnung, Thoraxstich, Halsschnitt etc.) nur in den UK, dem FH und dem EK behandelt. Bei den in der RK behandelten Verletzungen nach Suizidversuchen - hier war der höchste Anteil von mit harten Methoden verübten SV zu verzeichnen - handelte es sich ausschließlich um leichte Verletzungen.

Neben dem somatischen Aufnahmebefund wurde der Bewußtseinszustand der Patienten bei Krankenhausaufnahme erfaßt, so wie er von dem aufnehmenden Arzt angegeben wurde. Dabei wurde folgende Abstufung zugrundegelegt:

- bewußtseinsklar
- somnolent (Schläfrigkeit, leichter Grad pathologischer Bewußtseinsverminderung)
- bewußtlos (kein waches Bewußtsein, aber Erweckbarkeit gegeben)
- komatös (aufgehobene Erweckbarkeit, Reflexe abgeschwächt oder aufgehoben)

Tab. 17 Bewußtseinszustand bei Aufnahme bei den Behandlungsfällen der sechs Krankenhäuser

SV-F. n %	bewußt. klar	somno- lent	bewußt- los	koma- tös	keine Angabe
UK (n=82)	32 39.0	24 29.3	7 8.5	8 9.8	11 13.4
FH (n=87)	32 36.8	26 29.9	10 11.5	13 14.9	6 6.9
EK (n=111)	46 41.4	41 36.9	14 12.6	9 8.1	1 0.9
CH (n=72)	28 38.9	33 45.7	3 4.2	4 5.6	4 5.6
RK (n=53)	25 47.2	19 35.8	6 11.3	3 5.7	0 -
KH (n=23)	10 43.5	7 30.5	3 13.0	3 13.0	0 -
insg. (n=428)	173 40.4	150 35.0	43 10.0	40 9.4	22 5.2

Den höchsten Anteil bewußtseinsklarer Fälle verzeichnet die RK, wobei hier der hohe Anteil chirurgisch ambulant versorgter SV - Fälle mit nur leicht-

ten Verletzungen zu Buche schlägt. Das CH weist den höchsten Anteil von bei der Aufnahme somnolenten und den niedrigsten Anteil von bewußtlosen und komatösen Patienten auf, ein Hinweis darauf, daß hier medizinisch unkompliziertere Fälle möglicherweise überrepräsentiert sind. Ebenso kann der hohe Anteil von komatösen Patienten im FM als Hinweis darauf dienen, daß dort medizinisch schwerwiegendere Fälle häufiger als in den anderen Häusern aufgenommen wurden.

An dieser Stelle muß jedoch ein Vorbehalt erhoben werden: wir können nicht sicher davon ausgehen, daß die von uns angewandte Abstufung der Bewußtseinsgrade in allen Krankenhäusern in gleicher Weise anerkannt und praktiziert wird. Besonders bei der Entscheidung somnolent - bewußtlos und bewußtlos - komatös sind subjektive Einflüsse nicht auszuschließen. In Ermangelung objektiver Kriterien richteten wir uns streng nach den Angaben in den Krankenblättern und gaben die dort vermerkten Befunde wörtlich wieder.

3.1.3. Erforderliche und getroffene therapeutische Maßnahmen

Auf der Suche nach möglichst objektiven Parametern zur Einschätzung des medizinischen Schweregrades der Suizidversuche dokumentierten wir die bei den einzelnen Fällen für nötig erachteten und durchgeführten therapeutischen Maßnahmen. Diese wurden in drei Stufen eingeteilt:

- 0.Stufe (keine Therapie, nur Beobachtung)
- 1.Stufe (einfache Maßnahmen wie Magenspülung, forcierte Diurese, Wundversorgung in Lokalanästhesie etc.)
- 2.Stufe (intensivmedizinische Maßnahmen wie Intubation, Beatmung, Dialyse, Hämo-perfusion; operative Wundversorgung)

Tab. 18 Therapeutische Maßnahmen bei der Versorgung der SV - Fälle in den einbezogenen Krankenhäusern

SV-F. n %	0.Stufe	1.Stufe	2.Stufe	keine Angabe
UK (n=82)	0 -	64 78.1	12 14.6	6 7.3
FH (n=87)	0 -	68 78.2	15 17.2	4 4.6
EK (n=111)	5 4.5	103 92.8	2 1.8	1 0.9
CH (n=72)	9 12.5	58 80.6	5 6.9	0 -
RK (n=53)	1 1.9	47 88.6	2 3.8	3 5.7
KH (n=23)	2 8.7	19 82.6	2 8.7	0 -
insg. (n=428)	17 4.0	359 83.9	38 8.9	14 3.2

In allen Häusern wurden überwiegend einfachere therapeutische Maßnahmen der Stufe 1 bei der Versorgung der Suizidversuchsfälle angewandt. Den höchsten Anteil von Fällen, in denen außer einer Beobachtung keine Therapie durchgeführt wurde, verzeichnet das CH, ein erneuter Hinweis auf die Überrepräsentierung medizinisch unkomplizierter Fälle in diesem Haus. FH und UK hielten dagegen in keinem Fall nur eine Beobachtung für ausreichend, in diesen beiden Häusern sind ferner die Anteile intensivmedizinisch versorgter Fälle die höchsten (71.0 % aller intensivmedizinisch versorgten Fälle in diesen beiden Häusern). Damit wird die besondere Stellung des FH und auch der UK bei der Versorgung medizinisch schwerwiegender SV - Fälle, die schon unter 3.1.2. anklang, deutlich.

3.1.3.1. Nebenbefund: Psychopharmaka

Wir dokumentierten, in welchem Umfang in den verschiedenen Krankenhäusern Psychopharmaka bei der Behandlung der Suizidversuchspatienten eingesetzt wurden. Dabei wurde nur die mehr als einmalige Gabe berücksichtigt. Tabelle 19 zeigt, daß in einem erheblichen Umfang Pharmaka dieser Gruppe, insbesondere Tranquillizer der Benzodiazepinreihe, eingesetzt wurden.

Tab. 19 SV-Fälle, bei deren Behandlung in den verschiedenen Krankenhäusern Psychopharmaka eingesetzt wurden

SV-F. n %	Tran- quil.	Anti- depr.	Neuro- lept.	keine Psy.ph.
UK (n=82)	2 2.4	0 -	3 3.6	77 94.0
FH (n=87)	8 9.2	2 2.3	9 10.3	68 78.2
EK (n=111)	22 19.8	2 1.8	4 3.6	83 74.8
CH (n=72)	16 22.2	3 4.2	2 2.8	51 70.8
RK (n=53)	1 1.9	2 3.8	3 5.7	47 88.7
KH (n=23)	4 17.4	1 4.3	1 4.3	17 74.0
insg. (n=428)	53 12.4	10 2.3	22 4.9	343 80.4

Es fällt die großzügige Anwendung von Tranquillizern im CH, EK und KH auf. Während der Anteil der mit Antidepressiva behandelten Patienten durchweg

sehr gering ist, läßt sich dies in Bezug auf den Einsatz von Neuroleptika nicht für alle Häuser sagen: im FH wurden in einem Zehntel aller Behandlungsfälle Neuroleptika gegeben. An anderer Stelle konnte gezeigt werden, daß unter den Patienten des FH der Anteil von Personen mit früheren psychiatrischen Behandlungen (vgl. 2.2.2.) und Diagnosen (mit dem Schwerpunkt auf Psychosen, vgl. 2.2.3.) besonders hoch war, so daß hier wahrscheinlich eine Ursache für den relativ häufigen Einsatz der Neuroleptika zu suchen ist.

3.2. Psychiatrisches Konsilium

Nach der Beschreibung der medizinisch - naturwissenschaftlichen Aspekte von Suizidversuchen und deren Behandlung soll nun untersucht werden, in welchem Umfang schon in den Allgemeinkrankenhäusern Psychiater an der Therapie und der Einleitung weiterführender Behandlungsmaßnahmen beteiligt waren.

Von der Hinzuziehung eines Psychiaters versprechen sich die in Allgemeinkrankenhäusern Tätigen in der Regel Hinweise zur Beantwortung dreier Fragenbereiche:

- a. auf welchem persönlichen Hintergrund ist der Suizidversuch zustande gekommen, wie ist die gegenwärtige Lebenssituation des Patienten?
- b. ist der Patient psychisch krank, d.h. ist der Suizidversuch als Symptom einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung anzusehen?
- c. ist der Patient noch suizidal?

Zunächst untersuchten wir, in welchem Umfang in den einbezogenen Krankenhäusern überhaupt ein Psychiatrischer Konsiliarius hinzugezogen wurde:

Tab. 20 SV - Fälle, bei denen in den Allgemein-
krankenhäusern ein psychiatrischer Kon-
siliarius hinzugezogen wurde

SV-F. n %	Psychiatrisches Konsilium	
	ja	nein
UK (n=82)	58 70.7	24 29.3
FH (n=87)	30 34.5	57 65.5
EK (n=111)	3 2.7	108 97.3
CH (n=72)	0 -	72 100.0
RK (n=53)	26 49.1	27 50.9
KH (n=23)	0 -	23 100.0
insg. (n=428)	117 27.3	311 72.7

Deutlich wird, daß die SV - Patienten nur in drei Häusern in nennenswertem Umfang einem psychiatrischen Konsiliarius vorgestellt werden, in den UK, der RK und dem FH.

Auch hinsichtlich der verschiedenen Krankenhaus-
abteilungen ergeben sich beträchtliche Unterschie-
de, wie Tabelle 21 zeigt:

Tab. 21 Krankenhausabteilung und psychiatrisches
Konsilium

Psych. Konsil.	Innere Abt.	Chir. Abt.	Unfall- ambul.	insg.
ja n %	109 30.0	7 30.4	1 2.4	117 27.3
nein n %	254 70.0	16 69.6	41 97.6	311 72.7
insg.	363	23	42	428

Während ein nahezu gleichhoher Anteil stationär internistisch und chirurgisch versorgter SV - Fälle einem Psychiater vorgestellt wird, geschieht dies in den Unfallambulanzen nur in einem einzigen Fall.

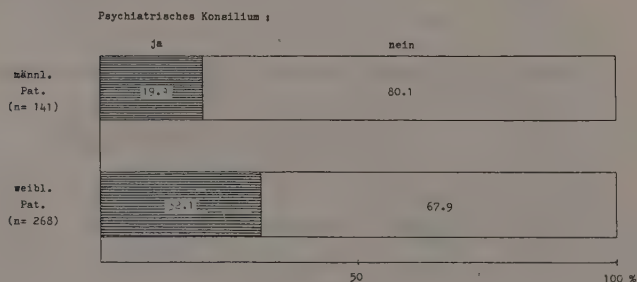
Im folgenden soll die Frage untersucht werden, in welchen Fällen von den betroffenen Allgemeinkrankenhäusern ein psychiatrisches Konsilium veranlaßt wurde. Welche Patienten sind es, haben alle SV - Patienten diegleiche Chance, einem Psychiater vorgestellt zu werden?

Anhand der Variablen zur Person, zur sozialen Lage, zur Vorgeschichte (wobei hier wiederum die Zahl von 409 behandelten Patienten zugrundegelegt wird) und zum Suizidversuch selbst soll dieser Fragenbereich bearbeitet werden.

3.2.1. Psychiatrisches Konsilium und Geschlecht

Abbildung 4 zeigt, inwieweit das Geschlecht der SV - Patienten einen Einfluß auf die Häufigkeit der Hinzuziehung eines Psychiaters hatte:

Abb. 4 Geschlecht der SV - Patienten und psychiatrisches Konsilium



Es zeigt sich eine erhebliche Geschlechterdifferenz insoweit, als die Wahrscheinlichkeit für weibliche Patienten größer ist, einem Psychiater vorgestellt zu werden. Diese Differenz ist statistisch signifikant (korr. $\chi^2 = 6.28$ bei 1 df, $\alpha < 0.05$).

3.2.2. Psychiatrisches Konsilium und Alter

Tabelle 22 zeigt den Einfluß des Alters der SV - Patienten bei der Frage, ob ein Psychiater konsultiert wurde. Dabei wird deutlich, daß jugendliche Patienten und solche über 55 Jahre häufiger als Patienten aus den mittleren Altersgruppen einem Psychiater vorgestellt wurden:

Tab. 22 Alter der SV - Patienten und
 Psychiatrisches Konsilium
 (Alter bei 3 Pat. unbekannt)

SV-P.	< 15	< 25	< 35	< 45	< 55	< 65	≥ 65	insg.
Psych. Konsil. ja n %	3 75.0	53 32.3	18 19.6	14 20.6	10 28.6	7 41.2	9 34.6	114 28.1
nein n %	1 25.0	111 67.7	74 80.4	54 79.4	25 71.4	10 58.8	17 65.4	292 71.9
insg.	4	164	92	68	35	17	26	406

3.2.3. Psychiatrisches Konsilium und soziale Schicht

Der Einfluß der Schichtzugehörigkeit der SV - Patienten soll im folgenden untersucht werden. Dabei zeigt Tabelle 23 nur für die nach dem SSE einstu-

baren Patienten (n = 249, vgl. 2.1.4.), ob ein Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und der Wahrscheinlichkeit, als SV - Patient auch einem Psychiater vorgestellt zu werden, angenommen werden kann.

Tab. 23 Soziale Schicht der SV - Patienten
und psychiatrisches Konsilium (nur
für n=249 nach dem SSE einstuftbare
Patienten)

SV-P.		u.U.	m.U.	o.U.	u.M.	m.M.	o.M.	insg.
Psych. Konsil								
ja	n	6	4	26	23	2	7	68
	%	30.0	14.3	30.6	24.7	22.2	50.0	27.3
nein	n	14	24	59	70	7	7	181
	%	70.0	85.7	69.4	75.3	77.8	50.0	72.7
insg.		20	28	85	93	9	14	249

Zwar werden Patienten aus der oberen Mittelschicht relativ am häufigsten einem Psychiater vorgestellt, dieses Ergebnis kann aber wegen der kleinen Zahl dieser Schicht zugeordneten Patienten allenfalls Hinweisscharakter haben. Insgesamt betrachtet zeigt Tabelle 23 keine Korrelation zwischen Schichtzugehörigkeit und der Chance, als SV - Patient auch einem Psychiater vorgestellt zu werden. Nochmals muß jedoch an dieser Stelle an den großen Anteil nicht nach dem SSE einstuftbarer Patienten erinnert werden (vgl. 2.1.4.), wodurch obige Aussagen noch mehr relativiert werden.

Als nächster Schritt wird der Einfluß der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe untersucht - hier waren die Angaben in den Krankenblättern wesentlich zuverlässiger:

3.2.4. Psychiatrisches Konsilium und Berufsgruppen

Tab. 24 Berufsgruppen der SV - Patienten und psychiatrisches Konsilium

SV-P.		Arbei- ter	Ange- stell.	Beamte	Selbst- ständ.	Freie Berufe
Psych. Konsil.						
ja	n	20	15	3	4	1
	%	33.9	24.6	42.8	36.4	33.3
nein	n	39	46	4	7	2
	%	66.1	75.4	57.2	63.6	66.7
insg.		59	61	7	11	3

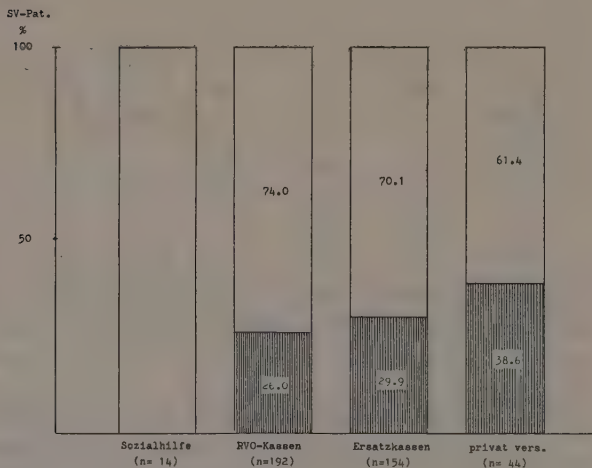
Schül. Azubi. Stud.	Haus- frauen	Rent- ner	Arb.- lose	andere nicht erw.tg.	keine Angabe	insg.
35	13	8	5	8	2	114
40.2	25.5	26.7	16.7	19.5	6.9	27.9
52	38	22	25	33	27	295
59.8	74.5	73.3	83.3	80.5	93.1	72.1
87	51	30	30	41	29	409

Betrachtet man die erwerbstätigen Berufsgruppen, so ist kein Zusammenhang zwischen beruflicher Qualifikation und Hinzuziehung eines Psychiaters zu erkennen. Bei den nicht erwerbstätigen Berufsgruppen treten deutliche Unterschiede zutage: der Anteil der Schüler / Auszubildenden / Studenten übertrifft die der anderen Gruppen erheblich; liegen die Anteile der Hausfrauen und Rentner in etwa auf dem Durchschnittsniveau, liegt der der Arbeitslosen mit Abstand am niedrigsten. Ein Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und psychiatrischem Konsilium, der sich bei einigen dieser Ergebnisse anzudeuten scheint, kann jedoch insgesamt nicht aus den Angaben in Tabelle 24 postuliert werden.

3.2.5. Kostenträger

Angaben über den Kostenträger sollen als ein Parameter zur Einschätzung der sozialen Stellung der Patienten verwandt werden (vgl. 2.1.6.). Die Beziehung zwischen dieser Variablen und der Häufigkeit der Einschaltung eines psychiatrischen Konsiliarius zeigt die folgende Abbildung.

Abb. 5 Kostenträger und psychiatrisches Konsilium (schraffiert) für n = 404 Patienten (bei 5 Pat. Kostenträger nicht bekannt)



Die prozentualen Anteile, bei denen ein psychiatrischer Konsiliarius hinzugezogen wurde, reichen von 0 % bei den Patienten, bei denen das Sozialamt die Kosten der Behandlung trägt, bis zu fast 40 % bei den privat Versicherten. Der von Gruppe zu Gruppe zunehmende Anteil mit psychiatrischem Konsilium legt dabei die Vermutung nahe, daß eine

positive Korrelation zwischen sozialer Stellung - ausgedrückt hier durch den Kostenträger - und der Chance, als SV - Patient einem Psychiater vorgestellt zu werden, besteht, ohne das dies durch das Ergebnis statistischer Testverfahren untermauert werden könnte (aufgrund zu geringer Gruppenstärken).

Im folgenden soll untersucht werden, ob die Vorgeschichte der Suizidversuchspatienten einen Einfluß auf die Häufigkeit der Hinzuziehung eines psychiatrischen Konsiliariums hat. Dies geschieht anhand der schon unter 2.2. aufgeführten Variablen zur Vorgeschichte.

3.2.6. Frühere Suizidversuche

Tabelle 25 zeigt, in welchem Umfang Patienten mit einem, mehr als einem und ohne Angabe von früheren Suizidversuchen einem psychiatrischen Konsiliarium vorgestellt wurden:

Tab. 25 Psychiatrisches Konsilium und frühere Suizidversuche

SV-P.	ein früh.SV	mehrere früh.SV	k.A.über früh.SV	insg.
Psych. Konsil.				
ja n	16	18	80	114
%	34.8	34.0	25.8	27.9
nein n	30	35	230	295
%	65.2	66.0	74.2	72.1
insg.	46	53	310	409

Suizidpatienten mit einem oder mehreren SV in der Vorgeschichte werden etwa gleich häufig einem psychiatrischen Konsiliarius vorgestellt, insgesamt aber deutlich häufiger als Patienten ohne Angabe von Suizidversuchen in der Anamnese. Die gefundenen Unterschiede sind aber statistisch nicht signifikant.

3.2.7. Frühere psychiatrische Behandlungen

Hier wurde untersucht, in welchem Umfang bei Patienten, die sich schon einmal in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung befanden, ein psychiatrisches Konsilium veranlaßt wurde, im Vergleich mit der Gruppe der SV - Patienten ohne anamnestisch erwähnte psychiatrische Behandlung.

Tab. 26 Psychiatrisches Konsilium und frühere psychiatrische Behandlung

SV-P.	früh. amb. Beh.	früh. stat. Beh.	k.A.üb. früh. Beh.	insg.
Psych.K.				
ja n	16	13	85	114
%	50.0	27.1	25.8	27.9
nein n	16	35	244	295
%	50.0	72.9	74.2	72.1
insg.	32	48	329	409

Patienten mit ambulanter psychiatrischer Vorbehandlung haben mit 50 % den höchsten Anteil von auch von einem Psychiater Untersuchten. Dieser Anteil ist für die stationär schon einmal Behandelten etwa so hoch wie für das Gesamtkollektiv, für die Patienten ohne psychiatrische Behandlung in der

Vorgeschichte noch etwas niedriger. Die hier aufgezeigten Differenzen zwischen den drei Patientengruppen sind statistisch signifikant ($\chi^2 = 8.49$ bei 2 df, $\alpha < 0.05$).

3.2.8. Frühere psychiatrische Diagnosen

Bei Patienten, bei denen anamnestisch schon einmal eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, kamen wir hinsichtlich der Veranlassung eines psychiatrischen Konsiliums zu folgenden Ergebnissen:

Tab. 27 Psychiatrisches Konsilium und frühere psychiatrische Diagnosen

SV-P.		Neurot. Stör.	Sucht- erkr.	Psycho- sen	k.A.üb. psy.Erkr.	insg.
Psych. Konsil.						
ja	n	6	6	5	97	114
	%	46.2	26.1	31.3	27.2	27.9
nein	n	7	17	11	260	295
	%	53.8	73.9	68.7	72.8	72.1
insg.		13	23	16	357	409

Patienten mit einer neurotischen Störung in der Vorgeschichte haben den höchsten Anteil auch psychiatrisch Untersucher. Für diejenigen mit einer anamnestisch bekannten psychotischen Erkrankung liegt dieser Anteil etwas über dem für das Gesamtkollektiv, für die Patienten mit einer Suchtanamnese sogar noch darunter.

Zusammenfassend ist zum Einfluß der Vorgeschichte der SV - Patienten auf die Hinzuziehung eines psychiatrischen Konsiliariums zu sagen: die höchste

Wahrscheinlichkeit, nach einem Suizidversuch während des Aufenthalts im Allgemeinkrankenhaus auch einem Psychiater vorgestellt zu werden, haben Patienten, bei denen dies nicht der erste Suizidversuch war, die schon einmal ambulant psychiatrisch behandelt worden sind und bei denen die Diagnose einer neurotischen Störung gestellt wurde. Die niedrigste Wahrscheinlichkeit haben SV - Patienten ohne jegliche psychiatrische Anamnese und solche mit einer Suchterkrankung in der Vorgeschichte.

Nach der Untersuchung der Frage, ob die soziale Stellung und die Vorgeschichte der SV - Patienten einen Einfluß auf die Häufigkeit eines psychiatrischen Konsiliums haben, soll nun gefragt werden, ob Art und medizinischer Schweregrad des Suizidversuchs Parameter sind, an denen sich die in Allgemeinkrankenhäusern tätigen Ärzte orientieren, wenn es bei einem Suizidversuchsfall darum geht, einen Psychiater konsiliarisch hinzuzuziehen. Wie unter 3.1. werden die Variablen Aufnahmebefund, SV - Methode und erforderliche / getroffene therapeutische Maßnahmen verwandt. Für die Prüfung dieser Fragen wird wieder die Zahl der Behandlungsfälle (n = 428, vgl. 1.1. bzw. 3.) zugrundegelegt.

3.2.9. Suizidversuchsmethode

Tab. 28 Psychiatrisches Konsilium und Suizidversuchsmethode

SV-F.	weiche SV-Meth.	harte SV-Meth.	k.A.üb. SV-Meth.	insg.
Psych. Konsil.				
ja n	103	14	0	117
%	29.4	19.2	-	27.3
nein n	247	59	5	311
%	70.6	80.8	100.0	72.7
insg.	350	73	5	428

Bei Aufgliederung der SV - Methoden in diese beiden Gruppen zeigt sich, daß der Anteil der auf inneren Abteilungen behandelten Fälle, die auch von einem Psychiater untersucht wurden, etwas über dem Anteil für das Gesamtkollektiv liegt, während er für die mit harten Methoden ausgeführten Fälle - in der Regel chirurgisch versorgt - aufgrund des hohen Anteil in der Unfallambulanz behandelte Fälle niedriger ist. Bei der weiteren Spezifizierung der " weichen " Fälle ergibt sich für die schwersten Intoxikationen (mit Pflanzenschutzmitteln, n = 6), daß hier in zwei Drittel der Fälle ein Psychiater hinzugezogen wurde.

3.2.10. Aufnahmebefund

Tab. 29 Psychiatrisches Konsilium und somatischer Aufnahmebefund

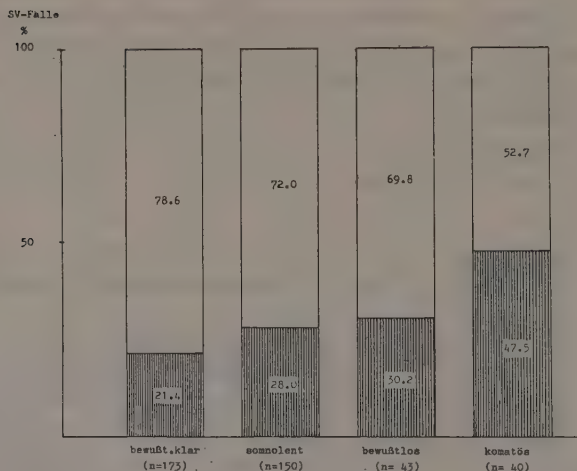
SV-F.	keine Verletz.	leichte Verletz.	schwere Verletz.	keine Angabe	insg.
Psych. Konsil.					
ja n	103	3	6	5	117
%	29.6	6.1	35.3	35.7	27.3
nein n	245	46	11	9	311
%	70.4	93.9	64.7	64.3	72.7
insg.	348	49	17	14	428

Für SV - Fälle ohne körperliche Verletzungen liegt der von einem Psychiater untersuchte Anteil knapp über dem für das Gesamtkollektiv und entspricht dem Anteil der mit weichen Methoden verübten - internmedizinisch versorgten - dem Psychiater vorgestellten Fälle (vgl. 3.2.9.).

Während mehr als ein Drittel der bei Aufnahme schwer verletzten Fälle auch von einem Psychiater gesehen wurde, geschah dies nur bei einem sehr geringen Prozentsatz der leicht Verletzten. Hier ist allerdings wieder in Betracht zu ziehen, daß es sich bei letzteren vorwiegend um ambulant versorgte Fälle handelt, und bei diesen (n = 42) wurde nur ein einziger von einem Psychiater untersucht (vgl. 3.2., Tab. 21).

Abbildung 6 zeigt nun den Zusammenhang zwischen dem neurologischen Aufnahmebefund in Gestalt des Bewußtseinszustandes und der Hinzuziehung des psychiatrischen Konsiliarius:

Abb. 6 Psychiatrisches Konsilium (prozentuale Anteile mit Psych. Konsil. schraffiert) und Bewußtseinszustand bei Krankenhausaufnahme (zur Einteilung der Bewußtseinsstufen vgl. 3.1.2.)



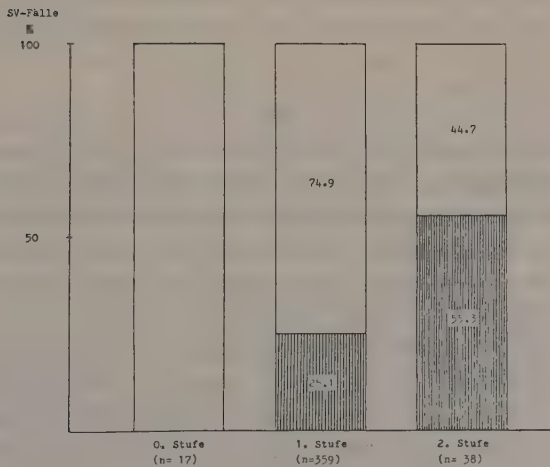
Mit steigendem Schweregrad der pathologischen Bewußtseinsverminderung infolge SV steigt der

Anteil der Fälle, die konsiliarisch einem Psychiater vorgestellt wurden. Dies kann bei aller Problematik der Einteilung der Bewußtseinsstufen (vgl. 3.1.2.) als erster Hinweis auf die Bedeutung des medizinischen Schweregrades eines Suizidversuchs bei der Frage, ob ein psychiatrisches Konsilium veranlaßt wird, angesehen werden.

3.2.11. Erforderliche und getroffene therapeutische Maßnahmen

Für die unter 3.1.3. schon beschriebenen verschiedenen Therapiestufen ergibt sich hinsichtlich der Anteile, in denen ein psychiatrischer Konsiliarus hinzugezogen wird, folgendes Bild:

Abb. 7 Psychiatrisches Konsilium (prozentuale Anteile mit Psych. Konsil. schraffiert) und therapeutische Maßnahmen (zur Stufeneinteilung vgl. 3.1.3.)



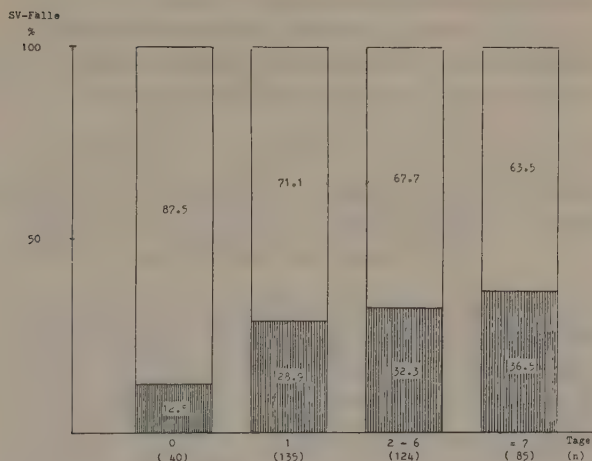
Während in den Fällen, in denen die Patienten keine Therapie benötigten und nur stationär beobachtet wurden, in keinem Fall ein Psychiater hinzugezogen wurde, geschah dies bei einem Viertel der mit Maßnahmen der Stufe 1 behandelten und bei über der Hälfte der intensivmedizinisch versorgten SV - Fälle. Was sich schon unter 3.2.10 andeutete, wird hier bestätigt: mit dem medizinischen Schweregrad des Suizidversuchs steigt die Wahrscheinlichkeit, daß von den im Allgemeinkrankenhaus tätigen Ärzten auch ein psychiatrischer Konsiliarius hinzugezogen wird.

3.2.12. Verweildauer

Auch die stationäre Verweildauer gibt einen Anhalt für die medizinischen Probleme, die ein Suizidversuch mit sich bringt. Andere Aspekte zum Punkt Verweildauer werden an anderer Stelle diskutiert (vgl. 3.4.). Abbildung 8 zeigt den Zusammenhang zwischen der Dauer des stationären Aufenthalts und der Häufigkeit eines psychiatrischen Konsiliums, wobei hier nur die 386 stationär versorgten SV - Fälle (vgl. 1.3., Tab. 1) Berücksichtigung finden.

Dabei zeigt sich, daß Patienten, die noch am Aufnahmetag aus der stationären Behandlung entlassen werden, immerhin in 12.5 % der Fälle einen psychiatrischen Konsiliarius sehen. Dieser Anteil steigt mit zunehmender stationärer Aufenthaltsdauer bis zu mehr als einem Drittel in den Fällen, in denen die Patienten eine Woche oder länger in stationärer Behandlung verbleiben. Dies weist erneut auf den Einfluß des medizinischen Schweregrades eines SV bei der Frage der Hinzuziehung eines psychiatrischen Konsiliarius hin.

Abb. 8 Psychiatrisches Konsilium (prozentuale Anteile mit Psych. Konsil. schraffiert) und Dauer des stationären Aufenthalts für 384 stationär behandelte SV - Fälle (Verweildauer in 2 Fällen unbekannt)



3.3. Sozialdienst

Es wurde untersucht, inwieweit in den einbezogenen Allgemeinkrankenhäusern der Sozialdienst zur Mitbetreuung der SV - Patienten eingeschaltet wurde. Tabelle 30 zeigt, daß dies in allen Häusern nur in einem kleinen Teil der Fälle geschah:

Tab. 30 Sozialdienst in den sechs Krankenhäusern

SV-F.	UK	FH	EK	CH	RK	KH	insg.
Sozial-							
dienst							
ja	2	6	9	0	1	2	25
%	2.4	6.9	8.1	-	1.9	8.7	5.5
nein	80	81	102	72	52	21	403
%	97.6	93.1	91.9	100	98.1	91.3	94.5
insg.	82	87	111	72	53	23	428

3.4. Verweildauer

Bei den 386 internistisch und chirurgisch versorgten SV - Fällen (vgl. 1.3., Tab.1) wurde die Dauer des stationären Aufenthalts festgestellt, um hiervon Rückschlüsse auf die Intensität der Behandlung / Betreuung und auch auf den medizinischen Schweregrad der SV zu ziehen.

Tab. 31 Verweildauer der stationär behandelten SV - Fälle (n = 386) in den sechs Krankenhäusern (0 Tage = Aufnahme und Entlassung am selben Tag)

SV-F. n %	0 Tage	1 Tag	2-7 Tage	7 Tage	k.A.
UK (n=77)	7 9.1	35 45.4	27 35.1	7 9.1	1 1.3
FH (n=80)	4 5.0	33 41.2	21 26.2	21 26.2	1 1.2
EK (n=97)	19 19.6	29 29.9	21 21.6	28 28.9	0 -
CH (n=67)	5 7.5	15 22.4	32 47.8	15 22.4	0 -
RK (n=44)	3 6.8	16 36.4	17 38.6	8 18.2	0 -
KH (n=21)	2 9.5	7 33.3	6 28.6	6 28.6	0 -
insg. (n=386)	40 10.4	135 35.0	124 32.1	85 22.0	2 0.5

Die in Tabelle 31 dokumentierte tatsächliche stationäre Verweildauer wird aber noch von anderen Faktoren beeinflusst, so daß die Interpretierbarkeit dieser Ergebnisse in Hinblick auf die oben angesprochenen Fragestellungen eingeschränkt ist:

- a. vom Anteil der Fälle, in denen SV - Patienten auf eigenen Wunsch das Krankenhaus verlassen, d.h. die Behandlung abbrechen (44 = 11.4 % der stationären Behandlungsfälle),
- b. vom Anteil der Fälle, in denen vom Suizidversuch unabhängige Erkrankungen zu einem längeren stationären Aufenthalt führten (53 = 13.7 % der stationären Behandlungsfälle).

Aus Tabelle 31 geht hervor, daß in allen Krankenhäusern mit Ausnahme des CH mehr als 40 % der Patienten nur einen Tag oder weniger in stationärer Behandlung verbleiben.

Der Anteil gerade dieser Fälle wird durch die darin enthaltenen Behandlungsabbrecher verzerrt, da, wie wir ermitteln konnten, 75 % der Behandlungsabbrüche am ersten Tag des stationären Aufenthalts vollzogen werden. Für die einzelnen Krankenhäuser ergeben sich hinsichtlich der Zahl der Fälle, in denen die Behandlung abgebrochen wurde, folgende Zahlen:

Tab. 32 Behandlungsfälle, die die Behandlung abbrechen, in den sechs Krankenhäusern

UK (n=77) :	2 = 2.6 %	CH (n=67) :	8 = 11.9 %
FH (n=80) :	9 = 11.2 %	RK (n=44) :	4 = 9.1 %
EK (n=97) :	21 = 21.6 %	KH (n=21) :	0 = - %

Der Anteil der Fälle, in denen die stationäre Behandlung abgebrochen wurde, schwankt nach Tabelle 32 erheblich: von 0 % im KH bis zu mehr als einem Fünftel der Fälle im EK.

Subtrahiert man nun diese Fälle der Behandlungs-
abbrecher - wie schon gesagt, geschehen drei Vier-
tel der Abbrüche innerhalb des ersten Behandlungs-
tages - von den Fällen, die nur einen Tag oder
weniger stationär bleiben, so ergibt sich hinsicht-
lich der Verweildauer folgende Korrektur:

bis auf das CH dauert in allen Krankenhäusern der
stationäre Aufenthalt in über 30 % der Fälle einen
Tag oder weniger; in den UK wird sogar über die
Hälfte der Fälle nach spätestens einem Tag entlas-
sen, im KH auch noch über 40 %.

Vom Suizidversuch, dem eigentlichen Anlaß der Kran-
kenhausbehandlung, unabhängige Erkrankungen wurden
in 53 Fällen = 13.7 % der stationären Behandlungs-
fälle diagnostiziert und behandelt, was zu einer
längeren stationären Verweildauer führte. In fast
drei Viertel dieser 53 Fälle dauerte der Aufenthalt
länger als eine Woche, so daß man die in der folgen-
den Tabelle enthaltenen Anteile der einzelnen Häuser
auch noch zur Korrektur der in Tabelle 31 aufge-
führten Angaben zur Verweildauer heranziehen kann.

Tab. 33 Behandlungsfälle, bei denen eine zusätz-
liche Erkrankung zu einem längeren sta-
tionären Aufenthalt führte (n = 386
stationäre Behandlungsfälle)

UK (n=77) :	3 = 3.9 %	CH (n=67) :	14 = 20.9 %
FH (n=80) :	14 = 17.5 %	RK (n=44) :	3 = 6.8 %
EK (n=97) :	14 = 14.4 %	KH (n=21) :	5 = 23.8 %

Korrigiert man Tabelle 31 entsprechend, so verzeich-
net jetzt das CH den geringsten Anteil länger als
eine Woche behandelter Fälle, die höchsten Anteile
dieser Fälle weisen nun EK und RK auf.

3.5. Entlassungsdiagnose

Die Entlassungsdiagnosen entnahmen wir den bei Abschluß der Krankenhausbehandlung erstellten Arztbriefen oder Epikrisen. In 97 % der Fälle ließen sich entsprechende Angaben finden. Wir richteten daran drei Fragestellungen:

- a. Wie findet sich in der Entlassungsdiagnose der Suizidversuch wieder? Wird direkt von einer suizidalen Handlung gesprochen und diese damit auch weiteren Personen wie beispielsweise dem Hausarzt zur Kenntnis gebracht, wird der Suizidversuch durch Verwendung von Begriffen wie Tablettenintoxikation u.a. umschrieben, die eine Deutung als Suizidversuch nahelegen oder finden sich keine Hinweise über den Suizidversuch als Ursache der Krankenhausbehandlung?
- b. Werden von den im Allgemeinkrankenhaus tätigen Ärzten psychiatrische Diagnosen gestellt?
- c. Geben weitere Diagnosen in Verbindung mit erfolgter Therapie Aufschluß über andere, nicht mit dem Suizidversuch zusammenhängende Erkrankungen als Ursache eines längeren Krankenhausaufenthalts?

Die Fragestellung c. wurde bereits unter 3.4. bearbeitet (vgl. Tab.33).

3.5.1. Suizidversuch in der Entlassungsdiagnose

Tabelle 34 zeigt, daß in allen Krankenhäusern in über 90 % der Fälle in der Entlassungsdiagnose mehr oder weniger klar zum Ausdruck kommt, daß ein Suizidversuch vorgelegen hat, sei es, daß

direkt von einer suizidalen Handlung gesprochen wird, oder diese mit meist die SV - Methode beschreibenden Begriffen wie Tablettenintoxikation u.a. umschrieben wird. Dabei wird in den UK mit fast der Hälfte der Fälle in einem weit höheren Prozentsatz als in den anderen Häusern der Begriff Suizidversuch oder Selbstmordversuch in der Entlassungsdiagnose verwandt.

Tab. 34 Der Suizidversuch in der Entlassungsdiagnose in den sechs Krankenhäusern

SV-F. n %	Suizid- versuch i.d.Diag.	Umschreib.k. des SV i.d.Diagn.	Angabe über SV i.d.Diag.	k.Angabe der Entl. diagnose
UK (n=82)	39 47.6	38 46.3	1 1.2	4 4.9
FH (n=87)	17 19.5	60 69.0	7 8.0	3 3.5
EK (n=111)	19 17.1	83 74.8	4 3.6	5 4.5
CH (n=72)	10 13.9	61 84.7	1 1.4	0 -
RK (n=53)	12 22.6	38 71.7	2 3.8	1 1.9
KH (n=23)	3 13.0	18 78.3	2 8.7	0 -
insg. (n=428)	100 23.4	298 69.6	17 4.0	13 3.0

3.5.2. Psychiatrische Diagnosen in der Entlassungsdiagnose

Eine weitere Fragestellung hinsichtlich der Entlassungsdiagnose bezog sich auf hier erscheinende psychiatrische Diagnosen. Tabelle 35 zeigt, in

welchem Umfang die in den Allgemeinkrankenhäusern
tätigen Ärzte bei den Suizidversuchspatienten
welche psychiatrischen Diagnosen gestellt haben:

Tab. 35 Psychiatrische Diagnosen in den Entlas-
sungsdiagnosen in den sechs Kranken-
häusern

SV-F. n %	Neurot. Stör.	Sucht- erkr.	Psycho- sen	keine psy.Di.	k.A.e. Entl.di.
UK (n=82)	2 2.4	0 -	4 4.9	72 87.8	4 4.9
FH (n=87)	12 13.8	6 6.9	4 4.6	62 71.3	3 3.4
EK (n=111)	6 5.4	7 6.3	3 2.7	90 81.1	5 4.5
CH (n=72)	6 8.3	5 6.9	3 4.2	58 80.6	0 -
RK (n=53)	8 15.1	2 3.8	1 1.9	41 77.3	1 1.9
KH (n=23)	1 4.3	0 -	1 4.3	21 91.4	0 -
insg. (n=428)	35 8.2	20 4.7	16 3.7	344 80.4	13 3.0

Am häufigsten wurden neurotische Störungen diag-
nostiziert, allerdings in erheblich unterschied-
lichem Ausmaß: verließen SV - Patienten das RK in
über und das FH in fast 15 % der Fälle mit der
Diagnose einer neurotischen Störung, lagen diese
Prozentsätze in den anderen Häusern wesentlich
niedriger.

Suchterkrankungen wurden in vier Häusern diagno-
stiziert, in den UK und dem KH überhaupt nicht.
Psychotische Erkrankungen erschienen in allen

Krankenhäusern nur in wenigen Fällen in der Entlassungsdiagnose.

An diesen Zahlen ist bemerkenswert, daß in den UK, wo der größte Teil der Patienten auch von einem Psychiater untersucht wurde (vgl. 3.2., Tab.20), insgesamt die wenigsten psychiatrischen Diagnosen in der Entlassungsdiagnose erscheinen. Schon in den Untersuchungen zur Vorgeschichte der SV - Patienten fiel dagegen die hohe psychische Morbidität in der Anamnese der FH - Patienten auf (vgl.2.2.2. bzw. 2.2.3.), bei der Entlassung findet sich damit korrespondierend in einem Viertel der Fälle die Diagnose einer psychischen Erkrankung.

4. EINLEITUNG WEITERFÜHRENDER BEHANDLUNGSMASSNAHMEN IN DEN EINZELNEN KRANKENHÄUSERN

Nach der Analyse der SV - Patienten und SV - Fälle und der in den einbezogenen Krankenhäusern erfolgten Behandlungsmaßnahmen soll im folgenden untersucht werden, inwieweit die in den Allgemeinkrankenhäusern Tätigen nach Beendigung der medizinischen Primärversorgung Einfluß auf den weiteren Weg der SV - Patienten genommen haben.

Wurden weiterführende spezialisierte Versorgungsmaßnahmen im Sinne einer Sekundärversorgung (vgl. Spezielle Methodik, 2.5.) durch Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter oder andere empfohlen oder veranlaßt oder wurden die SV - Patienten nach Abschluß der medizinischen Versorgung aus den Allgemeinkrankenhäusern entlassen, ohne daß von hier Initiativen zu einer weiteren Versorgung ausgegangen wären? Dieser Fragenbereich soll zunächst für die einzelnen Krankenhäuser bearbeitet werden.

4.1. Empfehlung oder Veranlassung einer Weiterbehandlung in den einbezogenen Krankenhäusern

Tabelle 36 zeigt, in welchem Umfang von den einzelnen Krankenhäusern Initiativen zu einer weiteren Versorgung der SV - Patienten ausgingen, ohne daß an dieser Stelle schon schon auf die Institutionen der Weiterbehandlung und davon betroffene SV - Patienten bzw. Fälle eingegangen würde. Es ergeben sich danach beträchtliche Unterschiede zwischen den Verfahrensweisen der einzelnen Häuser:

Tab. 36 Empfehlung oder Veranlassung weiterführender Behandlungsmaßnahmen (WB) in den sechs Krankenhäusern

SV-F. n %	WB empfohlen	WB veranlaßt	WB nicht empf./veranl.
UK (n=82)	14 17.0	50 60.9	18 22.1
FH (n=87)	12 13.7	40 45.8	35 40.5
EK (n=111)	12 10.8	23 20.7	76 68.5
CH (n=72)	17 23.6	22 30.7	33 45.7
RK (n=53)	9 17.0	13 24.6	31 58.4
KH (n=23)	2 8.6	5 21.7	16 69.7
insg. (n=428)	66 15.4	153 35.7	209 48.9

Ohne Empfehlung oder Veranlassung weiterführender Versorgungsmaßnahmen verlassen die UK SV - Patienten nur in gut einem Fünftel der Fälle. Dieser Anteil liegt in den anderen Häusern wesentlich höher, so bei mehr als zwei Dritteln bei den vom EK und vom KH versorgten SV - Fällen.

Empfohlen wurde Weiterbehandlungsmaßnahmen auch in unterschiedlichem Ausmaß. Untersucht man, welche Form der speziellen Therapie den Patienten angeraten wurde, so ergibt sich für die 66 Fälle, in denen insgesamt solche Empfehlungen ausgesprochen wurden:

Die Konsultation eines niedergelassenen Psychiaters oder der Poliklinik der Psychiatrischen und Nerven-klinik der WWU wurde in 54.5 % befürwortet, die

eines Psychologen, Sozialarbeiters oder einer entsprechenden Beratungsstelle in 12.1 %, die des Hausarztes in 10.6 % dieser Fälle. Nur in 4.5 % wurde eine stationäre psychiatrische Behandlung nahegelegt.

Veranlaßt in dem Sinne, daß zu einer weiterversorgenden Institution Kontakt aufgenommen, für den Patienten eine Terminvereinbarung getroffen oder dieser direkt dorthin verlegt wurde, wurden Weiterbehandlungsmaßnahmen in ebenfalls sehr unterschiedlichem Umfang: die UK stehen mit über 60 % ihrer Behandlungsfälle bei weitem an der Spitze. Die geringsten Anteile verzeichnen mit je einem Fünftel ihrer Fälle KH und EK.

4.2. Institutionen und Formen der Weiterbehandlung

Tab. 37 Veranlassung von Weiterbehandlung durch die sechs Krankenhäuser und dazu in Anspruch genommene Institutionen

SV-F. n %	UK (n=82)	FH (n=87)	EK (n=111)	CH (n=72)	RK (n=53)	KH (n=23)	insg. (n=428)
Haus- arzt	1 1.2	2 2.3	3 2.7	4 5.6	0 -	0 -	10 2.3
Psych- iater	1 1.2	12 13.8	2 1.8	3 4.2	1 1.9	0 -	19 4.4
Psychol. Soz.arb.	0 -	3 3.4	3 2.7	4 5.6	0 -	2 8.7	12 2.8
Psych. Polikl.	19 23.2	0 -	1 0.9	3 4.2	2 3.8	0 -	25 5.8
Psych. Uni.kl.	22 26.8	5 5.7	0 -	0 -	2 3.8	2 8.7	31 7.2
Westf. LKH	2 2.4	5 5.7	5 4.5	2 2.8	3 5.7	0 -	17 4.0
Rochus- Hospit.	1 1.2	9 10.3	0 -	1 1.4	5 9.4	0 -	16 3.7
andere (Kur etc.)	4 4.9	4 4.6	9 8.1	5 6.9	0 -	1 4.3	23 5.4
WB empf./ keine WB	32 39.0	47 54.0	88 79.3	50 69.4	40 75.5	18 78.3	275 64.2

Die Verfahrensweisen der einzelnen Häuser hinsichtlich der Veranlassung weiterführender Behandlungsmaßnahmen sollen für jedes Krankenhaus, basierend auf den Angaben in Tabelle 37, noch einmal dargestellt werden:

4.2.1. UK

Mehr als ein Viertel der hier behandelten Patienten wird zur stationären Weiterbehandlung in die benachbarte Psychiatrische Klinik der Universität verlegt, ein fast ebenso hoher Anteil zur ambulanten psychiatrischen Weiterbehandlung zur Poliklinik der Psychiatrischen Universitätsklinik, die die anderen UK auch psychiatrisch - konsiliarisch versorgt, überwiesen. In der Hälfte der Fälle werden damit SV - Patienten der UK von der Psychiatrischen Universitätsklinik weiterversorgt, andere Institutionen werden nur in Einzelfällen in Anspruch genommen.

4.2.2. FH

Der größte Anteil wird zu niedergelassenen Psychiatern überwiesen, dabei fast ausschließlich zu der dem FH gegenüber gelegenen Nervenärztlichen Gemeinschaftspraxis Oststraße, die auch den psychiatrischen Konsiliardienst im FH versieht. Der zweitgrößte Anteil (10.3 %) wird zur stationär psychiatrischen Behandlung in das St. Rochus - Hospital in Telgte verlegt, mit dem das FH durch dieselbe Trägerschaft verbunden ist, weiterhin werden Patienten in die Psychiatrische UK und in das Westfälische Landeskrankenhaus verlegt (jeweils 5.7 %).

4.2.3. EK

Nur ein kleiner Teil der SV - Patienten wird zur ambulanten Weiterbehandlung überwiesen, wobei hin-

sichtlich der in Anspruch genommenen Institutionen keine Präferenzen bestehen. Eine stationär - psychiatrische Behandlung wird nur in weniger als 5 % der Fälle veranlaßt, wobei die betroffenen Patienten ausschließlich in das nahegelegene Landeskrankenhaus verlegt werden.

4.2.4. CH

In fast einem Fünftel der Fälle werden Patienten in ambulante Weiterbehandlung überwiesen, in etwa gleichen Anteilen zu Hausärzten, zu niedergelassenen Psychiatern, zu Psychologen und zur Poliklinik der Psychiatrischen UK. Nur sehr wenige Patienten werden in psychiatrische Krankenhäuser verlegt.

4.2.5. RK

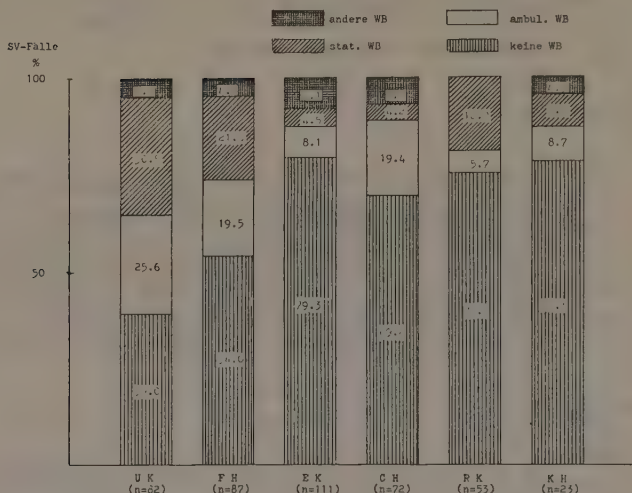
Es werden kaum Patienten zu einer ambulanten Weiterbehandlung überwiesen, zur stationär - psychiatrischen Behandlung werden dagegen fast 20 % der Patienten verlegt, die Hälfte davon in das St. Rochus - Hospital in Telgte.

4.2.6. KH

Eine ambulante ärztliche Weiterbehandlung wird in keinem Fall veranlaßt, in jeweils zwei Fällen werden Psychologen / Sozialarbeiter eingeschaltet bzw. die Patienten in die Psychiatrische UK verlegt.

Abschließend faßt Abbildung 9 für die sechs Krankenhäuser noch einmal die Anteile der SV - Behandlungsfälle zusammen, in denen die Patienten zur ambulanten Weiterbehandlung überwiesen bzw. zur stationären Behandlung in psychiatrische Krankenhäuser verlegt wurden.

Abb. 9 Prozentuale Anteile der SV - Fälle, für die eine ambulante bzw. stationäre Weiterbehandlung veranlaßt wurde, an den Behandlungsfällen der sechs Krankenhäuser



4.3. Für welche Patienten / in welchen Fällen wird eine Weiterbehandlung veranlaßt?

Diese Frage soll im folgenden untersucht werden, nachdem die Verfahrensweisen der einzelnen Krankenhäuser in Bezug auf den zahlenmäßigen Anteil derer, für die Weiterbehandlungsmaßnahmen veranlaßt wurden, und die dabei bevorzugten Institutionen unter 4.1. und 4.2. dargestellt worden sind.

Anhand der Sozialdaten und Daten zur Vorgeschichte soll für die 409 SV - Patienten, anhand der Daten zum Suizidversuch und dessen Behandlung für die 428 SV - Fälle analysiert werden,

ob es hinsichtlich der Veranlassung weiterführender Behandlungsmaßnahmen bevorzugte Gruppen gibt oder die Chance auf eine Weiterbehandlung für alle Patienten gleich ist.

Es wird für diese Untersuchungen nur eine grobe Unterteilung in ambulante (Hausarzt, niedergelassener Psychiater, Psychologe / Sozialarbeiter, Poliklinik der Psychiatrischen UK) und stationäre (Psychiatrische Klinik der Universität, Landeskrankenhaus, St. Rochus - Hospital) Weiterbehandlung (WB) vorgenommen, ferner werden unter der Kategorie " andere WB " Weiterbehandlungsmaßnahmen in nicht in Münster lokalisierten Einrichtungen (betreffend Entziehungskuren, psychosomatische Kuraufenthalte etc.) erfaßt.

4.3.1. Weiterbehandlung und Geschlecht

Tab. 38 Geschlecht der SV - Patienten und Weiterbehandlung

SV-P. n %	männl. Pat.	weibl. Pat.	insg.
keine WB	89 63.1	175 65.3	264 64.5
amb. WB	18 12.8	46 17.2	64 15.6
stat. WB	24 17.0	37 13.8	61 14.9
and. WB	10 7.1	10 3.7	20 4.9
insg.	141	268	409

Es zeigen sich in Tabelle 38 nur geringfügige Differenzen zwischen beiden Geschlechtern. Der Anteil männlicher Patienten ohne Weiterbehandlung ist höher, für weibliche Patienten wird öfter eine ambulante, für männliche Patienten öfter eine stationäre Weiterbehandlung veranlaßt als für das jeweils andere Geschlecht.

4.3.2. Weiterbehandlung und Alter

Tabelle 39 gibt die Beziehung zwischen dem Alter der SV - Patienten und der Häufigkeit der Veranlassung weiterführender Behandlungsmaßnahmen wieder:

Tab. 39 Alter der SV - Patienten
 und Weiterbehandlung (n=406,
 da keine Altersangabe bei 3 Pat.)

SV-P. n %	15	25	35	45	55	65	65	insg.
keine WB	4 100	112 68.3	57 69.5	41 60.3	20 57.1	13 76.5	16 61.5	263 64.8
amb. WB	0 -	27 16.5	17 18.5	7 10.3	7 20.0	3 17.6	3 11.5	64 15.8
stat. WB	0 -	19 11.6	14 15.2	16 23.5	4 11.4	1 5.9	5 19.2	59 14.5
and. WB	0 -	6 3.7	4 4.3	4 5.9	4 11.4	0 -	2 7.7	20 4.9
insg.	4	164	92	68	35	17	26	406

Die Unterschiede zwischen den Anteilen der Patienten, für die eine Weiterbehandlung veranlaßt wurde, sind in den einzelnen Altersklassen nur gering. Die große Mehrheit der Patienten aller

Altersklassen wird aus der Krankenhausbehandlung entlassen, ohne daß weiterführende Behandlungsmaßnahmen eingeleitet worden sind.

4.3.3. Weiterbehandlung und soziale Schicht

Tabelle 40 umfaßt nur die nach dem SSE - Schema einstufbaren Patienten (n = 249, vgl. 2.1.4.):

Tab. 40 Soziale Schicht der nach dem SSE - Schema einstufbaren SV - Patienten und Weiterbehandlung (Abkürzungen vgl. 2.1.4.)

SV-P. n %	u.U.	m.U.	o.U.	u.M.	m.M.	o.M.	insg.
keine WB	8 40.0	23 82.1	55 64.7	63 67.7	5 55.6	7 50.0	161 64.7
amb. WB	4 20.0	1 3.6	15 17.6	16 17.2	2 22.2	3 21.4	41 16.5
stat. WB	8 40.0	2 7.1	11 12.9	12 12.9	2 22.2	3 21.4	38 15.3
and. WB	0 -	2 7.1	4 4.7	2 2.2	0 -	1 7.1	9 3.5
insg.	20	28	85	93	9	14	249

Es zeigt sich eine Sonderstellung der Patienten aus der unteren Untersicht insofern, als nur für 40 % dieser Gruppe keine Weiterbehandlung veranlaßt wird. Ein ebenso hoher Anteil wird in psychiatrische Krankenhäuser verlegt, dieser Anteil ist hier erheblich höher als in den anderen Gruppen. Abgesehen von dieser Sonderstellung finden sich in den beiden höchsten Schichten die höchsten

Anteile ambulant und stationär weiterbehandelter Patienten, ein Hinweis auf einen Einfluß der sozialen Schicht der Patienten in der Frage der Veranlassung von Weiterbehandlungsmaßnahmen. Aufgrund der schon diskutierten Probleme bei der Schichteinstufung (vgl. 2.1.4.) muß dieser Hinweis anhand anderer Variablen, die indirekt auch Informationen über die soziale Stellung der Patienten enthalten, überprüft werden.

4.3.4. Weiterbehandlung und Berufsgruppen

Tab. 41 Berufsgruppen der SV - Patienten und Weiterbehandlung

SV-P n %	Arbei- ter	Ange- stell.	Beamte	Selbst- ständ.	Freie Berufe
keine WB	38 64.4	41 67.2	2 28.6	9 81.8	3 100
amb. WB	8 13.6	12 19.7	0 -	2 18.2	0 -
stat. WB	8 13.6	6 9.8	5 71.4	0 -	0 -
end. WB	5 8.4	2 3.3	0 -	0 -	0 -
insg.	59	61	7	11	3

Schül. Azubi.	Haus- frauen	Rent- ner	Arb.- lose	andere nicht erw.tg.	keine Angabe	insg.
58 66.7	34 66.7	20 66.7	20 66.7	15 36.6	24 82.8	264 64.5
18 20.7	9 17.6	4 13.3	5 16.7	5 12.2	1 3.4	64 15.8
11 12.6	6 11.8	4 13.3	4 13.3	16 39.0	1 3.4	61 14.9
0 -	2 3.9	2 6.7	1 3.3	5 12.2	3 10.3	20 4.9
87	51	30	30	41	29	409

Faßt man bei der Betrachtung der erwerbstätigen Berufsgruppen die Gruppen der Angestellten und Beamten und die sehr kleinen Gruppen der Selbstständigen und Freien Berufe jeweils zusammen, ergibt sich ein gleichhoher Anteil von Arbeitern und Angestellten / Beamten ohne Weiterbehandlung, während dieser Prozentsatz bei den sozial höherstehenden Selbstständigen / Freien Berufen wesentlich größer ist. Es ist jedoch insgesamt kein Zusammenhang zwischen beruflicher Qualifikation und der Veranlassung einer Weiterbehandlung zu erkennen.

Bei den nicht erwerbstätigen Berufsgruppen ist der Anteil, in dem keine Weiterbehandlung veranlaßt worden ist, in allen Gruppen mit Ausnahme der aus anderen Gründen nicht Erwerbstätigen gleich hoch. Bei dieser Gruppe fällt weiterhin der hohe Anteil in psychiatrische Kliniken verlegter Patienten auf, was mit der hohen Zahl schon vorher psychiatrisch hospitalisierter Patienten, die in dieser Gruppe enthalten sind, zu erklären sein dürfte.

Von den anderen Gruppen der nicht Erwerbstätigen verzeichnen die Schüler / Auszubildenden / Studenten den höchsten, die Rentner den niedrigsten Anteil ambulant weiterversorgter Patienten auf, die Gruppen der Rentner und Arbeitslosen dagegen die höchsten Anteile in stationäre Weiterbehandlung verlegter Patienten, wobei es sich insgesamt nur um geringfügige Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen handelt.

4.3.5. Weiterbehandlung und Kostenträger

Der Zusammenhang zwischen dem Kostenträger der Krankenhausbehandlung als Parameter zur Einschätzung der sozialen Stellung der Patienten (vgl. 2.1.6.)

und der Einleitung von Weiterbehandlungsmaßnahmen wird in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tab. 42 Kostenträger und Weiterbehandlung

SV-P. n %	Soz.- amt	RVO- Kass.	Ers.- kass.	Priv. vers.	keine Ang.	insg.
keine WB	7 50.0	127 66.1	97 63.0	30 68.2	3 60.0	264 64.5
amb. WB	3 21.4	25 13.0	32 20.8	4 9.1	0 -	64 15.8
stat. WB	3 21.4	29 15.1	18 11.7	9 20.5	2 40.0	61 14.6
and. WB	1 7.1	11 5.7	7 4.5	1 2.3	0 -	20 4.9
insg.	14	192	154	44	5	409

Patienten, bei denen das Sozialamt die Kosten trägt, verzeichnen mit 50 % den niedrigsten Anteil von nicht Weiterbehandelten, auch die Anteile der ambulant und stationär Weiterbehandelten sind jeweils größer als in den anderen Versicherungsgruppen. Dieser Befund korrespondiert mit den unter 4.3.3. gefundenen hohen Anteilen von Patienten aus der unteren Unterschicht bei den Weiterbehandelten.

Die anderen Kostenträgergruppen divergieren nur in Hinblick auf die Anteile ambulant oder stationär Weiterversorgter, der Anteil von Patienten ohne Weiterbehandlung ist etwa gleich. Zusammenfassend ist ein Einfluß der sozialen Stellung auf die Wahrscheinlichkeit der Veranlassung von Weiterbehandlungsmaßnahmen damit, die Ergebnisse von 4.3.3. - 4.3.5. in Betracht ziehend, nicht nachweisbar.

Der Einfluß der Vorgeschichte der SV - Patienten auf die Veranlassung von Weiterbehandlungsmaßnahmen wird im folgenden anhand der schon bekannten Variablen zur Vorgeschichte (vgl. 2.2.) untersucht.

4.3.6. Weiterbehandlung und frühere Suizidversuche

Inwieweit die Tatsache, daß von den SV - Patienten bereits früher ein oder mehrere Suizidversuche verübt worden waren, Einfluß auf die Veranlassung weiterführender Behandlungsmaßnahmen beim jetzigen Krankenhausaufenthalt hatte, zeigt Tabelle 43:

Tab. 43 Frühere Suizidversuche und Weiterbehandlung

SV-P. n %	ein früh.SV	mehrere früh.SV	k.A.über früh.SV	insg.
keine WB	28 60.9	18 34.0	218 70.3	264 64.5
amb. WB	12 26.1	10 18.9	42 13.5	64 15.6
stat. WB	6 13.0	19 35.8	36 11.6	61 14.9
and. WB	0 -	6 11.3	14 4.6	20 4.9
insg.	46	53	310	409

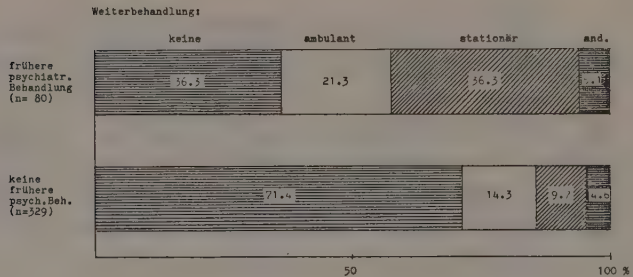
Für Patienten mit früheren Suizidversuchen werden demnach erheblich häufiger Weiterbehandlungsmaßnahmen veranlaßt, insbesondere bei mehr als einem anamnestischen SV: hier steht die Verlegung in

eine psychiatrische Klinik ganz im Vordergrund, während Patienten mit nur einem früheren SV eher in ambulante Behandlung überwiesen werden.

4.3.7. Weiterbehandlung und frühere psychiatrische Behandlungen / Diagnosen

Abbildung 10 und Tabelle 44 zeigen, in welchem Umfang bei Patienten, die schon einmal psychiatrisch behandelt wurden bzw. bei denen in der Vorgeschichte bereits einmal eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, weiterführende Behandlungsmaßnahmen veranlaßt wurden.

Abb. 10 Weiterbehandlung und frühere psychiatrische Behandlung



Deutlich wird, daß für SV - Patienten mit einer psychiatrischen Behandlung in der Vorgeschichte fast doppelt so häufig eine Weiterbehandlung veranlaßt wird wie für andere Patienten ohne eine solche Anamnese. Dabei fällt auf, daß als Form der Weiter-

behandlung bei den psychiatrisch Vorbehandelten eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik im Vordergrund. Dies gilt - in Ergänzung zu Abbildung 10 - sowohl für ambulant als auch für stationär psychiatrisch vorbehandelte Patienten (34.4 % bzw. 37.5 % wurden in psychiatrische Krankenhäuser verlegt). Eine ambulante Weiterbehandlung wurde dagegen für ambulant vorbehandelte häufiger als für stationär vorbehandelte Patienten veranlaßt (28.1 % gegenüber 16.7 %).

Tab. 44 Frühere psychiatrische Diagnosen
und Weiterbehandlung

SV-P. n %	Neurot. Stör.	Sucht- erkr.	Psycho- sen	k.A.Üb. psy.Érkr.	insg.
keine WB	6 46.2	11 47.8	5 31.3	242 67.8	264 64.5
amb. WB	5 38.5	7 30.4	2 12.5	50 14.0	64 15.6
stat. WB	2 15.3	5 21.8	8 50.0	46 12.9	61 14.9
and. WB	0 -	0 -	1 6.2	19 5.3	20 4.9
insg.	13	23	16	357	409

Für Patienten mit einer psychischen Erkrankung in der Anamnese wurde demnach wesentlich häufiger eine Weiterbehandlung veranlaßt als für andere Patienten. Dabei ergeben sich Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen: Patienten mit der früher gestellten Diagnose einer neurotischen Entwicklung werden zumeist in ambulante Weiterbehandlung überwiesen, Patienten mit einer Suchtanamnese etwas häufiger in ambulante Weiter-

behandlung überwiesen als in stationäre Behandlung verlegt. SV - Patienten mit früheren psychotischen Erkrankungen haben den höchsten Anteil Weiterbehandelter: die Hälfte dieser Patienten wird allein in psychiatrische Krankenhäuser verlegt, weniger als ein Drittel verläßt das Krankenhaus, ohne daß Weiterbehandlungsmaßnahmen eingeleitet worden sind.

Zusammenfassend läßt sich zum Einfluß der Vorgeschichte der SV - Patienten auf die Wahrscheinlichkeit der Veranlassung von Weiterbehandlungsmaßnahmen folgendes feststellen: Patienten mit früheren SV, früheren psychiatrischen Behandlungen und Erkrankungen werden sehr viel häufiger zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung überwiesen als Patienten ohne derartige Vorgeschichte. Dabei werden Patienten mit mehreren anamnestischen SV, früheren psychiatrischen Behandlungen und anamnestischen psychotischen Erkrankungen bevorzugt in psychiatrische Krankenhäuser verlegt, Patienten mit nur einem früheren SV und einer neurotischen oder Suchterkrankung eher zur ambulanten Weiterbehandlung überwiesen.

4.3.8. Weiterbehandlung und SV - Methode / Krankenhausabteilung

Im folgenden soll anhand der schon bekannten Parameter zur Beschreibung und medizinischen Einschätzung des Suizidversuchs (vgl. 3.1.) untersucht werden, inwieweit die in den Allgemeinkrankenhäusern tätigen Ärzte die Veranlassung einer Weiterbehandlung von der Art des SV und der damit verbundenen medizinischen Gefährdung abhängig gemacht haben.

Zuerst soll diese Frage in Bezug auf die SV - Methode überprüft werden, gleichzeitig erfolgt eine Darstellung der Verfahrensweisen der verschiedenen Krankenhausabteilungen, da ein unmittelbarer Zusammenhang besteht zwischen Art des SV und der versorgenden Abteilung.

Tab. 45 SV - Methode und Weiterbehandlung
für SV - Behandlungsfälle (n=428)

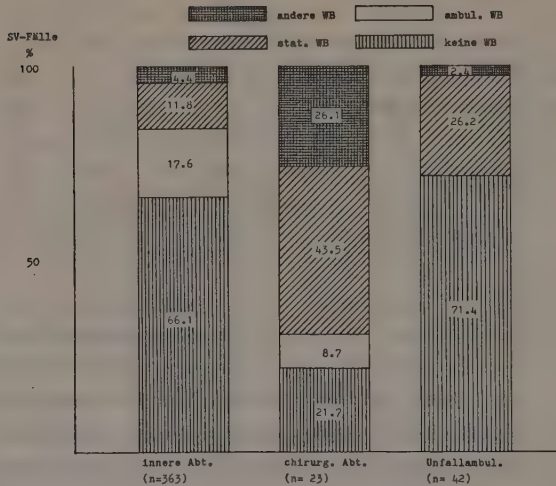
SV-F. n %	weiche SV-Meth.	harte SV-Meth.	keine Angabe	insg.
keine WB	236 67.4	37 50.7	2 40.0	275 64.2
amb. WB	62 17.7	4 5.5	0 -	66 15.4
stat. WB	38 10.9	23 31.5	3 60.0	64 15.0
and. WB	14 4.0	9 12.3	0 -	23 5.4
insg.	350	73	5	428

Anschließend an diese Tabelle zeigt Abbildung 11 die Präferenzen der verschiedenen Krankenhausabteilungen bei der Veranlassung weiterführender Behandlungsmaßnahmen. Deutlich wird, daß Patienten der inneren Abteilungen in etwa das Gesamtkollektiv repräsentieren, bis auf einen leicht höheren Anteil ambulant und einen leicht niedrigeren Anteil stationär weiterbehandelter Fälle. Patienten mit harten SV - Methoden, die chirurgisch ambulant oder stationär behandelt wurden, werden wesentlich häufiger zu einer Weiterbehandlung überwiesen, wobei eine Verlegung in eine psychiatrische Klinik ganz im Vordergrund steht.

Dabei werden besonders aus der stationär chirurgischen Behandlung mehr als 40 % der Fälle in stationär psychiatrische Behandlung verlegt, auch der Anteil der zu Entziehungskuren etc. verlegten Patienten ist hier besonders hoch.

Für die meisten der in Unfallambulanzen behandelten SV - Fälle werden keine Weiterbehandlungsmaßnahmen veranlaßt. In den Fällen, in denen dieses doch geschieht, steht eine psychiatrische Klinikbehandlung klar im Vordergrund.

Abb. 11 Behandelnde Krankenhausabteilung und Weiterbehandlung



4.3.9. Weiterbehandlung und Aufnahmebefund

Die folgenden Tabellen 46 und 47 zeigen den Zusammenhang zwischen somatischem Aufnahmebefund und dem Bewußtseinszustand bei Aufnahme und der Veranlassung von Weiterbehandlungsmaßnahmen.

Tab. 46 Somatischer Aufnahmebefund
und Weiterbehandlung

SV-F. n %	keine Verletz.	leichte Verletz.	schwere Verletz.	keine Angabe	insg.
keine WB	234 67.1	32 65.3	4 23.5	5 35.7	275 64.2
amb. WB	61 17.5	3 6.1	0 -	2 14.3	66 15.4
stat. WB	39 11.2	11 22.4	7 41.2	7 50.0	64 15.0
and. WB	14 4.0	3 6.2	6 35.3	0 -	23 5.4
insg.	348	49	17	14	428

Tab. 47 Bewußtseinszustand bei Aufnahme
und Weiterbehandlung

SV-F. n %	bewußt. klar	somno- lent	bewußt- los	koma- tös	keine Angabe	insg.
keine WB	121 69.9	105 70.0	28 65.1	15 37.5	6 27.3	275 64.2
amb. WB	20 11.6	24 16.0	5 11.6	12 30.0	5 22.7	66 15.4
stat. WB	29 16.8	16 10.7	2 4.7	8 20.0	9 40.9	64 15.0
and. WB	3 1.7	5 3.3	8 18.6	5 12.5	2 9.1	23 5.4
insg.	173	150	43	40	22	428

In Tabelle 46 spiegeln sich die schon unter 4.3.8.
gefundenen Ergebnisse wieder: Patienten mit schwe-
ren Verletzungen infolge SV werden zu einem großen

Teil in psychiatrische Krankenhäuser verlegt, der Anteil der Patienten ohne Weiterbehandlung ist in dieser Gruppe der niedrigste. Patienten mit leichten Verletzungen, Ambulanz - Fälle in der Mehrzahl, werden hauptsächlich in stationäre, kaum dagegen in ambulante Weiterbehandlung geschickt. Bei den SV - Fällen ohne äußere Verletzungen - infolge sog. weicher SV - Methoden - wird eher eine ambulante Weiterbehandlung veranlaßt. Insgesamt ist diese letzte Gruppe, die meist in internen Abteilungen behandelte Fälle umfaßt, in etwa repräsentativ für das Gesamtkollektiv (vgl. 4.3.8.).

Aus Tabelle 47 geht hervor, daß mit dem Grad der pathologischen Bewußtseinsverminderung der Anteil der Fälle, in denen eine Weiterbehandlung veranlaßt wurde, zunimmt. In ambulante Weiterbehandlung wird fast ein Drittel der komatös eingelieferten SV - Patienten überwiesen, deutlich geringer sind die Anteile der anderen Gruppen. Auch bei der Verlegung von SV - Patienten in psychiatrische Kliniken verzeichnet diese Gruppe den höchsten Anteil. Auffällig ist weiterhin der hohe Anteil von in auswärtige, " andere " Weiterbehandlung überwiesenen SV - Fällen bei den bewußtlos und komatös aufgenommenen.

4.3.10. Weiterbehandlung und erforderliche / getroffene Maßnahmen

Auch diese Variable diente uns als Parameter zur Einschätzung des medizinischen Schweregrades des Suizidversuchs (vgl. 3.1.3.).

Abbildung 12 zeigt den Zusammenhang zwischen den durch den SV bedingten therapeutischen Erfordernissen und der Veranlassung weiterführender Behandlungsmaßnahmen:

Abb. 12 Therapeutische Maßnahmen und Weiter-
behandlung (zur Stufeneinteilung
vgl. 3.1.3.)

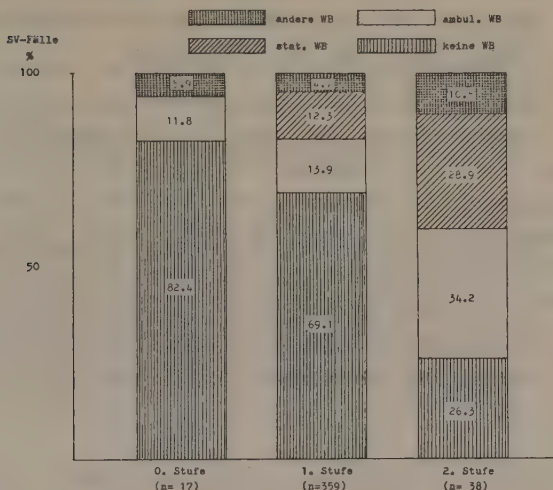


Abbildung 12 zeigt einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem therapeutischen Aufwand und der Veranlassung von Weiterbehandlungsmaßnahmen. Dabei gilt sowohl für die Überweisung zur ambulanten als auch für die Verlegung zur stationären Weiterbehandlung, daß dies um so häufiger geschieht, je größer der Aufwand und die Intensität der medizinischen Versorgung waren.

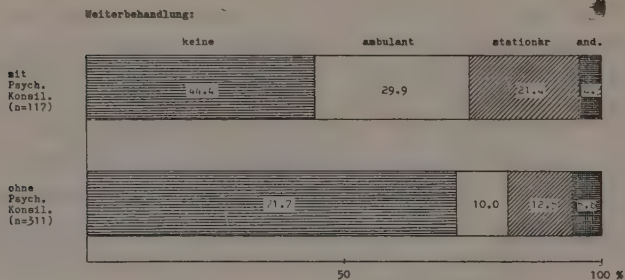
Zusammenfassend zu den die medizinische Erscheinungsform und Problematik des Suizidversuchs beschreibenden Parametern läßt sich damit sagen: die SV - Methode hat insofern Einfluß auf die Veranlassung einer Weiterbehandlung, als auf chirurgischen Abteilungen tätige Ärzte in starkem Maße zur Verlegung von SV - Patienten in psychiatrische Kliniken neigen und kaum Patienten in ambulante

Weiterbehandlung überweisen. Ferner steigt mit dem Schweregrad eines Suizidversuchs sowohl der Anteil der zur ambulanten Weiterbehandlung Überwiesenen als auch der Anteil der in psychiatrische Krankenhäuser verlegten SV - Patienten.

4.3.11. Weiterbehandlung und psychiatrisches Konsilium

Abbildung 13 zeigt die Anteile der weiterbehandelten Patienten bei den Fällen, die während ihres Aufenthalts im Allgemeinkrankenhaus auch einem Psychiater vorgestellt wurden, im Vergleich zu den Fällen, in denen dieses nicht geschah.

Abb. 13 Psychiatrisches Konsilium und Weiterbehandlung



Unter den auch von einem Psychiater untersuchten SV - Patienten ist der Anteil der zu ambulanter und zu stationärer Weiterbehandlung Überwiesenen erheblich höher. Die hier gefundenen Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen sind statistisch hochsignifikant ($\chi^2 = 36.6$ bei 3 df, $\alpha < 0.01$).

Wir fanden ferner, daß der psychiatrische Konsiliararius in 40 Fällen eine Weiterbehandlung empfohlen und diese in 27 Fällen auch selbst veranlaßt hatte.

Dennoch ist der Einfluß des psychiatrischen Konsiliums auf die Einleitung weiterführender Behandlungsmaßnahmen nicht sicher quantifizierbar, handelt es sich doch bei den vom Psychiater gesehenen SV - Fällen meist um solche mit psychiatrischer Anamnese und solche mit schweren Suizidversuchen (vgl. 3.2.6. - 3.2.11.). Für diese Patienten war schon eine höhere Wahrscheinlichkeit, zu einer Weiterbehandlung überwiesen oder verlegt zu werden, festgestellt worden.

D I S K U S S I O N

1. Verteilung der SV - Patienten / - Behandlungsfälle auf die einbezogenen Krankenhäuser

Die Hauptlast bei der Versorgung von Patienten nach Suizidversuchen tragen in Münster, wo es keine auf diese Personengruppe zugeschnittene Einrichtung gibt, die Allgemeinkrankenhäuser einschließlich der Universitätskliniken.

Von den 454 Suizidversuchsfällen, die wir auf der Ebene von Krankenhäusern erfaßten, wurden in den Allgemeinkrankenhäusern 428 Fälle behandelt. Während desselben Zeitraums wurden nur in 26 Fällen Personen direkt in die Psychiatrische Universitätsklinik aufgenommen. Auch wenn die primär im Westfälischen Landeskrankenhaus Münster behandelten Fälle nicht erfaßt werden konnten, wird schon durch die angeführten Zahlen die entscheidende Rolle der Allgemeinkrankenhäuser deutlich. Ihnen kommt damit die Schlüsselrolle sowohl bei der Akutversorgung als auch bei der Organisation weiterführender Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen zu. Daß die für Münster so beschriebene Situation dabei keine Ausnahme darstellt, macht folgendes Zitat von HANKOFF (1976) deutlich: " Following an attempt at suicide, the patient's first contact with the medical care system is usually the emergency room of the general hospital. Too often, the general hospital emergency room is the only point of contact between suicide attempter and medical professional. The general emergency room becomes the only regular checkpoint

at which psychiatric treatment and prevention may begin and future plans be mapped. ".

Bei der Untersuchung der Verteilung der Behandlungsfälle auf die einbezogenen Krankenhäuser fanden wir, daß diese in teilweise sehr unterschiedlichem Ausmaß mit der Versorgung dieser Patientengruppe befaßt sind. Bemerkenswert ist vor allem die Rolle des Evangelischen Krankenhauses: als mit Abstand kleinstes der einbezogenen Häuser verzeichnet es den höchsten Anteil von versorgten Suizidversuchsfällen, nämlich 25.9 %. Von den in Münster wohnhaften Patienten wurden hier sogar 28.3 % behandelt.

Die Anteile der anderen Häuser standen in etwa in Relation zu deren Größe bzw. zur Zahl der dort etwa jährlich behandelten Patienten, mit Ausnahme des Krankenhauses Hilstrup, das durch seine Lage an der Peripherie der Stadt kaum an der Versorgung von Patienten aus dem engeren Stadtgebiet beteiligt ist.

Wie läßt sich nun die herausragende Stellung des EK bei der Versorgung von Suizidversuchsfällen erklären? Zwei auf die zu versorgende Zahl von Fällen einflußnehmende Faktoren wurden untersucht:

- a. die Größe der Versorgungsgebiete der einbezogenen Krankenhäuser,
- b. die Häufigkeit von Suizidversuchen in den jeweiligen Versorgungsgebieten.

Wir überprüften zunächst die Gültigkeit der offiziellen Notaufnahmegeriete der einzelnen Münsteraner Krankenhäuser, wie sie durch die Feuerwehr festgelegt wurden. Die Feuerwehr ist Hauptträger des Krankentransports und einziger Träger des Rettungswesens in der Stadt und bei Notfällen streng an die sich durch die Festlegung der Not-

aufnahmegebiete konstituierenden Zuständigkeiten der einzelnen Krankenhäuser gebunden. Nur in Ausnahmefällen, etwa auf Anordnung des Notarztes, kann ein anderes als das eigentlich zuständige Krankenhaus angefahren werden.

Für das EK ergaben unsere Untersuchungen, daß das Einzugs- bzw. Versorgungsgebiet beträchtlich über die Grenzen des Notaufnahmegerbietes hinausreicht. Besonders aus angrenzenden Innenstadtbezirken, für die offiziell die RK zuständig ist, wird der Großteil der SV - Patienten im EK behandelt. Wir fanden, daß das EK in Hinblick auf Suizidversuche ein Gebiet versorgt, in dem ein Viertel der Münsteraner Bevölkerung wohnhaft ist.

Auch wenn man nicht davon ausgehen kann, daß es sich bei den erfaßten Suizidversuchen sämtlich um Notfälle mit resultierendem Transport durch die Feuerwehr gehandelt hat, oder daß die Suizidversuche in allen Fällen zuhause durchgeführt worden sind - GRÜNEBERG et al. (1972) geben für ihre Patienten einen Anteil von 71 % an, in dem der Suizidversuch in der eigenen Wohnung verübt wurde - , ist eine Einflußnahme der Feuerwehr auf diese inoffizielle Erweiterung des Notaufnahmegerbietes des EK nicht auszuschließen.

Es ist denkbar, und uns zugängliche Quellen aus dem Münsteraner Rettungswesen deuten darauf hin, daß es sich bei der hohen Zahl von Suizidversuchsfällen im EK gewissermaßen um das Ergebnis eines " Kompensationsgeschäftes " handelt. Im Gegenzug zu vielen Patienten, gerade auch Nicht - Suizidversuchspatienten, die wegen besonderer Verletzungen (Kopf-, Thorax-, Handverletzungen) oder anderer spezieller Therapieerfordernisse aus dem Notaufnahmegerbiet des EK direkt vom Notarzt in ein anderes, besser ausgestattetes Haus gebracht werden, werden als Aus-

gleich für diese " weggenommenen " Patienten solche mit leichteren Intoxikationen und Verletzungen infolge Suizidversuch aus den Zuständigkeitsbereichen anderer Häuser in das EK gebracht. Einige unserer Ergebnisse lassen sich zur Erhärtung dieser Hypothese anführen, so fanden wir im EK den weitaus geringsten Anteil intensivmedizinisch versorgter und damit medizinisch schwerwiegender SV - Fälle.

Es war schon einschränkend gesagt worden, daß man nicht davon ausgehen kann, daß in allen Fällen die Feuerwehr den Transport der SV - Patienten durchgeführt und damit die Entscheidung über das behandelnde Krankenhaus getroffen hat. Der Anteil der Fälle, in denen der Patient selbst oder seine Angehörigen auf die Wahl des Krankenhauses Einfluß genommen haben, ist nicht bestimmbar. Die in unserem Erhebungsbogen enthaltene Frage nach dem Veranlasser der jeweiligen Krankenhausbehandlung ließ sich aus der Mehrzahl der Krankenblätter nicht oder nicht eindeutig beantworten (vgl. Erhebungsbogen, II.5.). So bleibt an dieser Stelle nur die Möglichkeit, einige Erklärungshypothesen zu formulieren, ohne daß diese anhand unseres Datenmaterials empirisch überprüft werden könnten:

a. das EK ist das einzige evangelische Krankenhaus in der überwiegend katholischen Stadt Münster. Es ist denkbar, daß Personen, die einen Suizidversuch durchgeführt haben, und die sich auf eigene oder die Veranlassung von Angehörigen oder Freunden mit einer bevorstehenden Krankenhausbehandlung konfrontiert sehen, sich in einem evangelischen Haus eine größere Toleranz der Suizidhandlung gegenüber erhoffen, da der Suizid im Rahmen der protestantischen Religion nie den Charakter einer Todsünde wie in der katholischen Kirche hatte (vgl. CORPUS JURIS CANONICI, 1918).

b. Das Verhältnis einiger Münsteraner Krankenhäuser zu psychiatrischen Institutionen ist in der Öffentlichkeit nicht unbekannt, so die gleiche Trägerschaft von FH und St. Rochus - Hospital, die räumliche und institutionelle Verbindung zwischen den einzelnen Universitätskliniken einschließlich Psychiatrischer Klinik, die Rafaelsklinik als Sitz einer psychiatrischen Praxis. Damit verbunden ist die Möglichkeit, bei Aufnahme in eines dieser Häuser womöglich eher in Kontakt mit Psychiatrie zu kommen.

Unsere Ergebnisse zeigen, daß die Wahrscheinlichkeit, vom EK in ein psychiatrisches Krankenhaus verlegt zu werden, mit weniger als 5 % der Fälle sehr niedrig war. In fast vier Fünftel aller Fälle wurden EK - Patienten ohne die Einleitung einer anschließenden, in der Regel psychiatrischen Behandlung wieder entlassen. In keinem anderen Haus war dieser Anteil so hoch. Ein im EK behandelter Suizidversuch bleibt damit für die Patienten relativ folgenlos, was " Psychiatrisierung " und damit verbunden Stigmatisierung betrifft.

Diese unter a. und b. formulierten Hypothesen können ein Erklärungsversuch dafür sein, daß relativ viele Personen aus Stadtteilen, für die andere Krankenhäuser zuständig sind, dennoch im EK erscheinen.

Zur Erklärung der Anzahl der Behandlungsfälle in den einbezogenen Krankenhäusern wurden für die ermittelten Versorgungsgebiete der einzelnen Häuser die Häufigkeiten von Suizidversuchen ermittelt. Es zeigte sich, daß das EK nicht nur das größte Versorgungsgebiet in Bezug auf Einwohnerzahl aller Häuser hat, sondern daß gleichzeitig die Rate von Suizidversuchen pro tausend Einwohner in diesem Gebiet weit über dem Münsteraner Durchschnitt liegt.

So trägt auch dieser Befund zur Erklärung der besonderen Stellung des EK bei.

In diesem Zusammenhang sollen jedoch die unterschiedlichen SV - Raten in den verschiedenen Versorgungsgebieten und Stadtteilen nur erwähnt, nicht aber weiter diskutiert werden. Es wird auf die Arbeit von PICK verwiesen.

2. Patientenkollektive der einbezogenen Krankenhäuser

Im Rahmen dieses Teils der Gesamtuntersuchung stand der Vergleich der SV - Patienten mit der Durchschnittsbevölkerung Münsters im Vordergrund. Dieser Vergleich findet sich schwerpunktmäßig bei PICK.

In der vorliegenden Arbeit wurden die einzelnen Patientenkollektive der sechs einbezogenen Krankenhäuser einander gegenübergestellt, mit der Absicht, die Stellung der einzelnen Häuser bei der Versorgung von SV - Patienten aus verschiedenen Altersstufen, sozialen Schichten, mit verschiedenen Konfessionen etc. zu beschreiben.

Aus der Konzeption der Untersuchung und der praktizierten Methodik ergibt sich, daß dies - die Untersuchung, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen als SV - Patienten bevorzugt in bestimmten Krankenhäusern behandelt wurden - nur einen rein deskriptiven Charakter haben konnte und sich eventuell ergebende Erklärungshypothesen aus unserem Datenmaterial nicht überprüfbar sein würden.

Bei der Untersuchung der Einzelkollektive hinsichtlich personenbezogener und sozialer Daten ergaben sich insgesamt nur geringfügige Unterschiede zwischen den Patientenkollektiven der sechs Häuser.

So war das stärkere Vertretensein von jüngeren Altersgruppen und von weiblichen Patienten, das in der Literatur immer wieder beschrieben wird (BÜCKER, 1973; BÜHME et al., 1976 u.v.a.), in allen Einzelkollektiven nachweisbar. Auch bei der Konfessionszugehörigkeit fanden sich keine Unterschiede. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß Unterschiede hinsichtlich der Zahl der behandelten Fälle eher quantitativer denn qualitativer Natur in dem Sinn, daß bestimmte Gruppen bevorzugt in bestimmten Krankenhäusern behandelt wurden, waren.

Dagegen stehen Ergebnisse, zu denen wir beispielsweise bei der Untersuchung der sozialen Stellung der Patienten kamen. Der Anteil von Patienten aus höheren sozialen Schichten war in den UK erheblich höher als in den anderen Häusern, besonders gut zeigten dies die Angaben zum Kostenträger der Krankenhausbehandlung.

Auch bezüglich der zur Vorgeschichte der SV - Patienten erhobenen Angaben ergab sich die Sonderstellung eines Kollektivs. Die Anteile von Patienten mit früheren Suizidversuchen und früheren psychiatrischen Erkrankungen und Behandlungen lagen im FH außergewöhnlich hoch. An anderer Stelle war bereits auf den Charakter dieser Angaben als Risikofaktoren für Suizidversuche hingewiesen worden, aber auch darauf, daß bei der Erhebung der Anamnese nur die Ärzte mit Wissen um diese Ergebnisse empirischer Suizidforschung auch die SV - Patienten danach fragen.

Unterstellte man den im FH tätigen Ärzten eine besondere Kenntnis hinsichtlich dieser empirischen Ergebnisse und der mit Suizidversuchen verbundenen Probleme, bleibt beispielsweise der Anteil von Patienten mit früheren Suizidversuchen mit 35.4 %

noch immer erheblich auch über den von anderen Autoren angegebenen Prozentsätzen: REIMER et al. (1979) geben für die SV - Patienten Hamburger Krankenhäuser einen Anteil von 19.4 % mit früheren SV an, BLUNK (1976) für die auf einer Hannover-schen Intensivstation behandelten SV - Patienten 27 %, LAWSON und MITCHELL (1972) für die in einem schottischen Allgemeinkrankenhaus Versorgten einen Anteil von 21 %. Auch der Anteil der schon psychiatrisch Behandelten ist unter den FH - Patienten mit 33 % (davon 15.9 % stationär) besonders hoch. Vergleichbare Angaben finden sich nur bei LAWSON und MITCHELL (1972): 30 % ihrer Patienten waren psychiatrisch vorbehandelt.

3. Suizidversuchsfälle und deren Behandlung in den einbezogenen Krankenhäusern

Es fand sich in allen Häusern das in der Literatur immer wieder beschriebene Überwiegen von mit sog. weichen Methoden verübten Suizidversuchen. Damit waren in allen Häusern hauptsächlich die inneren Abteilungen und Intensivstationen mit dem Problem der Versorgung von SV - Patienten konfrontiert.

Daß unsere Untersuchungen eine leichte Überrepräsentierung medizinisch schwerwiegender SV - Fälle in den UK und dem FH ergaben, ist als Zeichen dafür zu werten, daß in solchen Fällen die Ausstattung eines Krankenhauses einen entscheidenden Selektionsfaktor darstellen dürfte. Die Einschätzung des medizinischen Schweregrades anhand der Angaben zum Aufnahmebefund und den getroffenen therapeutischen Maßnahmen ist allerdings nicht unproblematisch. Die bei der Erhebung des Aufnahmebefundes (Bewußtsein) zutagegetretenen Differenzierungen können auch durch eine nicht einheitliche

Terminologie mitbedingt sein, und selbst bei einheitlicher Einschätzung ist dies eine momentane Beurteilung, die keine Auskunft über den möglichen Verlauf einer Intoxikation gibt.

Auch kann aus getroffenen therapeutischen Maßnahmen nicht unmittelbar auf den medizinischen Schweregrad eines Behandlungsfalles geschlossen werden. Ein Krankenhaus, das ausstattungsmäßig ein großes Angebot bereitstellt, wird eher versucht sein, eine Nachfrage als gegeben zu definieren, und sei es, daß unerfahrene Ärzte aus Vorsicht therapeutische Maßnahmen ergreifen in Fällen, in denen mit der Behandlung von z.B. Intoxikationen vertraute Ärzte sich mit der Beobachtung der Patienten oder mit der Durchführung einfacher Entgiftungsmaßnahmen begnügt hätten.

4. Psychiatrisches Konsilium

" Every case of deliberate self - poisoning should be seen by a psychiatrist ", heißt es in einer Empfehlung des britischen Gesundheitsministeriums an alle Krankenhäuser aus dem Jahr 1961. Für die bundesrepublikanischen Verhältnisse meint POHLMEIER (1978), es sei " fast allgemein üblich geworden, daß Intensivstationen mit Psychiatern zusammenarbeiten, die als Konsiliarärzte mit den Selbstmordpatienten sprechen ". MÖLLER et al. sehen dabei eine zunehmende Tendenz : " Die Betreuung der Suizidpatienten im Rahmen der psychiatrischen Konsiliartätigkeit hat nach unseren Erfahrungen erheblich zugenommen. ", wobei diese Zunahme ihrer Meinung nach " nicht so sehr mit einer Zunahme der realen Selbstmordversuchshäufigkeit bzw. der Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen wegen Selbstmordversuch zu erklären, sondern eher durch eine

erhöhte Sensibilität der behandelnden Klinikärzte bezüglich des Problems einer besseren Betreuung der Suizidpatienten " bedingt ist (1982).

Tatsächlich sehen sich die in Allgemeinkrankenhäusern, besonders auf den Intensivstationen tätigen Ärzte nach erfolgreichem Abschluß der somatischen Behandlung der SV - Patienten oft mit Problemen konfrontiert, für deren Bearbeitung sie sich nicht kompetent fühlen: Fragen nach dem Hintergrund der Suizidhandlung, nach dem möglichen Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung, nach der Möglichkeit der Entlassung der SV - Patienten und damit verbunden nach dem Risiko weiterer Suizidversuche. "Deliberate self - poisoning is now the commonest clinical problem in general hospitals for which physicians seek special psychiatric advice. ", schreiben GARDNER et al. (1978). POHLMEIER (1978) nennt die Funktion des psychiatrischen Konsiliariums in diesem Zusammenhang aber " weitgehend die der Entlastung von Verantwortung. " .

In der Suizidforschung tätige Psychiater unterstreichen auf der anderen Seite die Notwendigkeit, daß ein Suizidversuchspatient zumindest ein psychiatrisches Konsilium braucht und tragen damit möglicherweise auch zum Inkompetenzempfinden der " somatischen " Mediziner bei: " Selbstmord - Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung " lautet der Titel eines der Standardwerke der Suizidliteratur (RINGEL, 1953), und HENSELER betont in einer Zeitschrift für allgemeinärztliche Fortbildung (1972): " Selbstmordversuche sind - abgesehen von den erwähnten seltenen Ausnahmen (sog. Bilanzselbstmorde, d. Verf.) - Ausdruck eines neurotischen oder gar psychotischen Ausnahmezustandes, dessen unrealistische Anteile von dem Patienten nicht durchschaut werden. " Damit werden die SV -

Patienten gewissermaßen von vornherein für die Psychiatrie reklamiert.

Wie sah nun die Praxis des psychiatrischen Konsiliums in den von uns untersuchten Münsteraner Krankenhäusern aus?

Zunächst fällt auf, daß nur in drei der sechs Häuser Patienten in nennenswertem Umfang einem Psychiater vorgestellt wurden, nämlich in den UK (70.7 % der Behandlungsfälle), der RK (49.1 %) und dem FH (34.5 %). Insgesamt waren dies 27.9 % aller behandelten SV - Fälle. Für Hamburger Krankenhäuser geben REIMER et al. eine Zahl von 48.0 % an (1979). Die Unterschiede zwischen den Verfahrensweisen der einzelnen Krankenhäuser könnten dabei nicht so sehr auf unterschiedlichen Konzeptionen der behandelnden Ärzte als vielmehr auf der Ebene lokaler Gegebenheiten, was das psychiatrische Versorgungsangebot betrifft, zu suchen sein; so arbeiten die verschiedenen UK mit der Psychiatrischen UK eng zusammen, deren Ärzte den Konsiliardienst versehen, im FH werden Psychiater aus der direkt gegenüber gelegenen nervenärztlichen Gemeinschaftspraxis als Konsiliarärzte tätig und in der RK hat eine nervenärztliche Praxis ihren Sitz, von wo aus die anderen Abteilungen konsiliarisch betreut werden.

Es wurde weiterhin die Frage untersucht, welche SV - Patienten einem Psychiater vorgestellt werden. Dabei ergab sich eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für weibliche Patienten; REIMER et al. (1979) fanden in Hamburg nur einen geringfügig höheren Anteil weiblicher Suizidanten, bei denen ein Konsiliarbesuch erfolgte. In unserem Kollektiv war ferner die Chance sozial höhergestellter Patienten, auch von einem Psychiater untersucht zu werden, größer.

Besonders eindrucksvoll war jedoch unseren Ergebnissen zufolge der Einfluß der Vorgeschichte der SV - Patienten und der medizinischen Problematik der SV auf die Veranlassung eines psychiatrischen Konsiliums. Patienten mit " einschlägiger Anamnese " in Form von früheren SV oder früheren psychiatrischen Behandlungen und solche mit Suizidversuchen, die einen hohen therapeutischen Aufwand erforderlich machten, wurden in weit höherem Ausmaß einem Psychiater vorgestellt als solche ohne spezifische Anamnese und mit unkompliziertem SV.

Scheinbar verstärkt die wiederholte Nachfrage nach Versorgung durch SV - Patienten die Tendenz von Internisten und Chirurgen, sich für diese Fälle nicht kompetent zu fühlen, auch scheint eine frühere psychiatrische Behandlung einen stigmatisierenden Charakter insoweit zu haben, daß man bei solchen Patienten gewissermaßen automatisch einen Psychiater hinzuzieht.

Besonders deutlich war die Beziehung zwischen den in den Krankenhäusern getroffenen therapeutischen Maßnahmen und der Hinzuziehung eines Konsiliarius, hier wird offensichtlich die Intensität des eigenen Handelns zum Gradmesser für die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen, in diesem Fall der Hinzuziehung eines Psychiaters. Dieser Praxis stehen Ergebnisse der Suizidforschung entgegen, die POHLMEIER (1978) so zusammenfaßt: " Die Bedeutung einer Selbstmordhandlung sollte nicht von der Lebensbedrohlichkeit ihres Ausgangs abhängig gemacht werden. " .

Die geschilderte Verfahrensweise scheint nicht nur für die Münsteraner Krankenhäuser typisch zu sein. STIELER (1972) schreibt über die an der Medizinischen Universitätsklinik in Heidelberg vor der Einrichtung einer Suizidambulanz geübte Praxis: " Nur bei schweren Intoxikationen und bei Psychose-

verdacht wurde der psychiatrische Konsiliarius verständigt.", und "Unbewußt wurde von der Zahl der Tabletten oder der Schwere des klinischen Bildes auf die Schwere der seelischen Gestörtheit geschlossen.".

5. Weiterbehandlung

Die Untersuchung der Frage, inwieweit von den in den Allgemeinkrankenhäusern tätigen Ärzten für die SV - Patienten nach Abschluß der somatischen Behandlung weiterführende, in der Regel psychiatrische Behandlungsmaßnahmen eingeleitet wurden, nahm in unserer Untersuchung einen zentralen Platz ein.

Von allen in den Münsteraner Krankenhäusern innerhalb des Erhebungszeitraums behandelten SV - Patienten wurden jeweils etwa 15 % in ambulante Weiterbehandlung überwiesen bzw. zur stationären Weiterbehandlung in psychiatrische Krankenhäuser verlegt. Daneben empfahl man vielfach den Patienten bei der Entlassung, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Da die oben genannten Zahlen aber durch sehr unterschiedliche Anteile der einzelnen Krankenhäuser zustandekommen, ist eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen anderer Autoren nur bedingt gegeben.

LAWSON und MITCHELL (1972) geben für die SV - Patienten eines schottischen Allgemeinkrankenhauses einen Anteil von 35.6 % ambulant und 28.1 % stationär Weiterbehandelten an, BLAKE und MITCHELL (1978) für die Patienten zweier Krankenhäuser in Nottingham 32 % ambulant und 19 % stationär Weiterbehandelte. BLUNK (1976) nennt für die auf einer Hannoverschen Intensivstation versorgten SV - Patienten einen Anteil von 30 %, für die Weiterbehand-

lungsmaßnahmen veranlaßt wurden. Von den Krankenhäusern der Stadt Essen wurden laut KÖHLER (1972) 21 % der SV - Patienten in psychiatrische Behandlung überwiesen, in Hamburger Krankenhäusern lag den Ergebnissen von REIMER et al. zufolge (1979) der Anteil der SV - Patienten, die in psychiatrische Behandlung überwiesen oder denen eine solche Weiterbehandlung empfohlen worden war, bei 37 %.

Bezüglich der von den einzelnen Münsteraner Krankenhäusern praktizierten Verfahrensweisen ergaben sich, wie schon erwähnt, beträchtliche Differenzen, sowohl was die zahlenmäßigen Anteile der zu Weiterbehandlungsmaßnahmen überwiesenen Patienten als auch die dann in Anspruch genommenen Institutionen betrifft. Wurde von den UK für über 60 % ihrer Patienten eine Weiterbehandlung veranlaßt, geschah dies bei den Patienten des EK nur in etwa 20 % der Fälle. Besonders auffällig waren die unterschiedlichen Anteile der von den einzelnen Häusern in psychiatrische Krankenhäuser verlegten Patienten: 4.2 % (CH) und 4.5 % (EK) bis 30.5 % (UK).

Letzteres könnte unter anderem auf eine höhere psychische Morbidität unter den SV - Patienten der UK hinweisen. Dem steht jedoch entgegen, daß nur bei 7.3 % der hier versorgten Patienten eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde, in keinem anderen Haus lag der Anteil von Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose so niedrig.

Näher liegt der Schluß, daß ähnlich wie bei der Frage der Hinzuziehung eines psychiatrischen Konsiliarius kein einheitliches Konzept bezüglich der weiteren Versorgung der Suizidpatienten existiert, sondern vielmehr lokale Gegebenheiten in Form von Verbindungen zu Weiterbehandlungsmöglichkeiten bietenden Institutionen für Ausmaß und Form von

veranlaßten Weiterbehandlungsmaßnahmen entscheidend sind. Die einzelnen Häuser haben hinsichtlich der in Anspruch genommenen psychiatrischen Institutionen deutliche Präferenzen, dabei fallen besonders die hohen Anteile der in psychiatrische Kliniken verlegten SV - Patienten bei den drei Häusern mit den schon beschriebenen "guten Verbindungen" zu bestimmten psychiatrischen Einrichtungen (UK, FH, RK) auf. Die Nachfrage nach psychiatrischer Weiterversorgung definiert sich offensichtlich nicht in erster Linie über die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Population der SV - Patienten als vielmehr über das tatsächliche Angebot an ohne größere Schwierigkeiten verfügbaren psychiatrischen Versorgungsmöglichkeiten.

Die Untersuchung der Frage, ob es hinsichtlich der Veranlassung von Weiterbehandlungsmaßnahmen bevorzugte Patientengruppen gibt, führte zu ähnlichen Ergebnissen wie bei der Frage nach der Chance, als SV - Patient einem psychiatrischen Konsiliarium vorgestellt zu werden. Dies betrifft besonders den Einfluß der Vorgeschichte der Patienten sowie der medizinischen Problematik der Suizidversuche. Eine direkte Beziehung zwischen der sozialen Stellung der Patienten und der Wahrscheinlichkeit der Veranlassung von Weiterbehandlungsmaßnahmen, wie beispielsweise von BUGLASS (1976) für Edinburgh beschrieben, konnten wir nicht feststellen.

Frühere Suizidversuche und frühere psychiatrische Behandlungen, an anderer Stelle schon als empirisch ermittelte Risikofaktoren für weitere SV genannt, wurden von den Münsteraner Ärzten sehr häufig zum Anlaß genommen, diese Patienten einer psychiatrischen Weiterbehandlung zuzuführen, ebenso medizinisch schwerwiegende Suizidversuche. Hier ergab sich eine direkte Beziehung zwischen getroffenen therapeutischen Maßnahmen und der Veranlassung

sowohl ambulanter als auch stationärer Weiterbehandlung. Es wurde schon darauf hingewiesen, daß die medizinische Gefährdung durch einen SV nicht als Indikator psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit angesehen werden sollte. Auch wenn nicht nur in den von uns untersuchten Häusern so verfahren wurde, so wurde doch mehrfach festgestellt, so auch von GARDNER et al. (1978), "that the medical risk did not correlate with the need for further psychiatric care."

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. AMERY J.
Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod
Klett, Stuttgart 1976
2. BLAKE D.R., MITCHELL J.R.A.
Self-poisoning: management of patients in
Nottingham, 1976. Br. Med. J. 1 (1978) 1032-1035
3. BLUNK T.U.
Suizidprobleme einer internistischen Intensiv-
station. Suizidprophyl. 3 (1976) 13-19
4. BÖCKER F.
Suizide und Suizidversuche in der Großstadt,
dargestellt am Beispiel Köln. Thieme, Stuttgart 1973
5. BÖCKER F.
Jedes Jahr 13000 Tote, Selbstmordverhütung -
ein dringendes Problem. Neurol. Psychiat. 3 (1977)
390-393
6. BÖCKER F., BARTELS O.
Der Patient nach einem Selbstmordversuch
Fortschr. Med. 93 (1975) 929-932
7. BÖHME K., AHRENS M., DITTBRENNER M., HIRSEKORN K.,
WILLEMS W.
Selbstmordversuche in Lübeck 1947-1968
- Daten und Tendenzen. Fortschr. Neurol. Psychiat.
44 (1976) 559-560
8. BUGLASS D.
The Relation of Social Class to the Characteristics
and Treatment of Parasuicide. Soc. Psychiat. 11
(1976) 107-119
9. BUGLASS D., DUFFY J.C.
The Ecological Pattern of Suicide and Parasuicide
in Edinburgh. Soc. Sci. & Med. 12 (1978) 241-253
10. CORPUS IURIS CANONICI Rom 1918
zit. nach POHLMEIER H. Selbstmord und Selbstmord-
verhütung. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-
Baltimore 1978
11. DEUTSCHER BUNDESTAG 7. Wahlperiode
Unterrichtung durch die Bundesregierung - Bericht
über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik
Deutschland. Drucksache 7/4200 1975

12. FEUERLEIN W.
Krisenintervention bei Selbstmordpatienten
Suizidprophyl. 5 (1978) 94-100
13. FRIEDRICHS J.
Methoden empirischer Sozialforschung. Rowohlt,
Reinbeck bei Hamburg 1973
14. GARDNER R., HANKA R., EVISON B., MOUNTFORD P.M.,
O'BRIAN V.C., ROBERTS S.J.
Consultation-liaison scheme for self-poisoned
patients in a general hospital.
Br. Med. J. 2 (1978) 1392-1394
15. GRÜNEBERG F., HELMCHEN H., HIPPIUS H.
Zur Phänomenologie von Suizidversuchen anhand von
über 500 Beobachtungen in einem großstädtischen
Reanimationszentrum. Therapiewoche 22 (1972)
2242-2252
16. HANKOFF L.D.
Categories of Attempted Suicide: A Longitudinal
Study. Am.J.Public Health 66 (1976) 558-563
17. HENSELER H.
Ärztliche Sofortmaßnahmen bei der psychischen
Betreuung von Patienten nach Selbstmordversuchen
Med. Welt 23 (1972) 306-309
18. HOLDING T.A., BUGLASS D., DUFFY J.C., KREITMAN N.
Parasuicide in Edinburgh - A Seven-Year Review
1968-74. Br. J. Psychiat. 130 (1977) 534-543
19. KENNEDY P., KREITMAN N.
An Epidemiological Survey of Parasuicide ('Attemp-
ted Suicide') in General Practice. Br. J. Psychiat.
123 (1973) 23-34
20. KENNEDY P., KREITMAN N., OVENSTONE I.M.K.
The Prevalence of Suicide and Parasuicide ('Attemp-
ted Suicide') in Edinburgh. Br. J. Psychiat. 124
(1974) 36-41
21. KÖHLER K.-H.
Ärztliche Behandlung beim Selbstmordversuch
Dtsch. med. Wschr. 97 (1972) 5-7
22. LAWSON A.A.H., MITCHELL I.
Patients with Acute Poisoning Seen in a General
Medical Unit (1960-71). Br. Med. J. 4 (1972) 153-156
23. MINISTRY OF HEALTH
HM Circ (61)94. London 1961
zit. nach BLAKE D.R., MITCHELL J.R.A. 1978
24. MÖLLER H.-J., TORHORST A., WÄCHTLER G.
Versorgung von Patienten nach Selbstmordversuch -
Aufgaben, Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten
Psychiat. Prax. 9 (1982) 106-112

25. MOORE H., KLEINING G.
Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten
in Deutschland. Kölner Z. S. S. 12 (1960) 86-119
26. POHLMEIER H.
Selbstmord und Selbstmordverhütung. Urban
& Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1978
27. REIMER C., REIMLINGER S., STELTER K.
Zur Lage der Suizidpatienten in Hamburg
Hamburger Ärzteblatt 4 (1979) 116-119
28. RINGEL E.
Der Selbstmord - Abschluß einer krankhaften
psychischen Entwicklung. Maudrich, Wien 1953
29. RINGEL E.
Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem
Hollinek, Wien 1961
30. RÜEGSEGGER P.
Selbstmordversuche. Klinische, statistische und
katamnestische Untersuchungen an 132 Suizidversuch-
Patienten der Basler Psychiatrischen Universitäts-
klinik. Psychiat. Neurol. 146 (1963) 81-104
31. SAINSBURY P.
Suicide and Attempted Suicide
in: KISKER K.P., MEYER J.-E., MÜLLER C., STRÖGEN E.
(Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart III. Springer,
Berlin-Heidelberg-New York 1975
32. STADT MÜNSTER
Statistischer Jahresbericht 1978, 1979
Münster 1979, 1980
33. STIELER M.
Behandlung nach Suizidversuch. Praxis der Psycho-
therapie 17 (1972) 73-81
34. WELZ R.
"Gesellschaftliche Einflußgrößen auf die Selbst-
mordhandlung" in: POHLMEIER H. (Hrsg.): Selbst-
mordverhütung. Keil, Bonn 1978
35. WELZ R.
Selbstmordversuche in städtischen Lebensumwelten
Beltz, Weinheim-Basel 1979

D A N K S A G U N G U N D W I D M U N G

Ohne die Unterstützung von vielen Seiten wäre die Durchführung dieses Projekts nicht möglich gewesen.

Ich danke Herrn Prof.Dr. R. Tölle sowie seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, namentlich Frau Dr. Renate Schwemin, Frau Jansen und Herrn cand.rer.nat. Joachim Lubba. Ferner danke ich den Chefärzten der einbezogenen Krankenhäuser und Abteilungen für die Unterstützung dieser Arbeit.

Besonderen Dank schulde ich Herrn Dr. Andreas Crome, ehemals Oberarzt der Psychiatrischen und Nervenklinik und jetzt Leitender Arzt des Landeskrankenhauses Lengerich/Westf., sowie Herrn Dr. Peter R. Nippert, Akademischer Oberrat am Lehrstuhl für Medizinische Soziologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Beiden wünsche ich für ihre weitere Arbeit viel Kraft.

PETER NIPPERT als Freund und Lehrer gewidmet.

LEBENS LAUF

Als erstes Kind des Schlossers Ignatz Lassey und seiner Frau Josefa, geb. Reisinger, wurde ich am 1. Mai 1956 in Klausheide, Kreis Grafschaft Bentheim, geboren. Von April 1963 bis Dezember 1966 besuchte ich die Volksschule in meinem Heimatort, anschließend das Gymnasium in Nordhorn, wo ich im Mai 1975 die Reifeprüfung ablegte.

Zum Wintersemester 1975/76 nahm ich mein Medizinstudium an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster auf. Nach der praktischen Ausbildung in den Städtischen Krankenanstalten Bielefeld-Mitte bestand ich im April 1982 die Ärztliche Prüfung. Derzeit leiste ich meinen Zivildienst im Maria-Josef-Hospital Greven/Westfalen ab.

A N H A N G

SELBSTMORDVERSUCHE UND IHRE VERSORGUNG IN MÜNSTER

I. SOZIALDATEN

Institution:

Datum:

1. KRANKENHAUS, PATIENTEN NR., GEBURTSDATUM,

KARTENART (= ID-Ziffer)

--	--	--	--	--	--

5

Medizin. Universitäts Klinik
 Franziskus Hospital Innere
 Clemens Hospital Innere
 Rafaelsklinik Innere
 Krh. Hiltrup Innere
 Evangelisches Krh. Innere

01
 02
 03
 04
 05
 06

--	--	--	--	--	--	--	--

12

Chirurgische Univ. Klinik
 Franziskus Hospital Chirurg.
 Clemens Hospital Chirurg.
 Rafaelsklinik Chirurg.
 Krh. Hiltrup Chirurg.
 Evangelisches Krh. Chirurg.
 HNO Universitätsklinik
 Chirurg. Univ. Klinik Ambul.
 Franziskus Hospital Ambulanz
 Clemens Hospital Ambulanz
 Rafaelsklinik Ambulanz
 Krh. Hiltrup Ambulanz
 Evangelisches Krh. Ambulanz
 Psychiatrische Univ. Klinik
 Psychiatrische Univ. Poli Klinik

11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 31
 32

2. GESCHLECHT

--

13

männlich 1
 weiblich 2
 keine A. 9

3. ALTER

--	--

15

4. FAMILIENSTAND

ledig 1
 verheiratet 2
 verwitwet 3
 geschieden 4
 getrennt leb. 5
 keine Angabe 9

--

16

5. SOZIALE SCHICHT/ BERUF

--	--	--	--	--

20

ID - Ziffer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. ERWERBSTÄTIGKEIT

--	--	--	--	--

ja 1

als :

25

nein 002

weil :

Schüler	01
Auszubildender	02
Student(in)	03
Hausfrau/-mann	04
arbeitslos/gekündigt	05
Rentner(in)/Pensionär(in)	06
arbeitsunfähig	07
Frührentner(in)	08
besch. Werkstatt	09
Umschüler/ Rehabilitant	10
in Haft	11
Wehr-/Zivildienst	12
andere	13
keine Angabe	99

teilzeitbeschäftigt 003

Hausfrau + teilzeit.	01
Rentner + teilzeit.	02
ohne Lehrvertrag teilzeit.	03
Teilrentner + teilzeit.	04
andere	05
keine Angabe	99

7. KONFESSION

konfessionslos 0
kath. 1
ev. 2
andere 3
keine Angabe 9

--

26

8. STAATSANGEHÖRIGKEIT

deutsch 01
andere :
keine Angabe 99

--	--

28

9. WOHNGEMEINSCHAFT

allein 1
mit Familie 2
mit anderen 3
Altenheim 4
Studentenwohnheim 5
Psychiatrisches Krh. 6
sonstige Heime 7
andere 8
keine Angabe 9

--

29

10. KINDERZAHL

--

11. KOSTENTRÄGER

30

Sozialhilfe/nicht versichert 0
ADK/ BKK/ LKK 1
MIKK/ IKK/ Seekasse 2
DAK/ BEK/ Volkswohl 3
Hamburg-Münchener 3
Hamburg-Mannheimer 3
TKK/ KKK/ Gärtner KK 3
Arbeiter EKK 3
Knappschafts KK 4
privat versichert 5
als Rentner Mitglied der 6
ges. Krankenversicherung
keine Angabe 9

--

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ID - Ziffer

12. FRÜHERE SMV

--

keine	0
ja (Anzahl)	1-7
ja (Anzahl unb.)	8
keine Angabe	9

32

13. SM(V) IN DER FAMILIE

--

ja	1
nein	2
keine Angabe	9

33

14. FRÜHERE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG/DIAGNOSE

nein	0
ja, ambulant	1
ja, stationär	2
ambulant + stationär	3
keine Angabe	9

--	--	--	--	--

38

II. PRIMÄRVERSORGUNG

11

39

--	--	--	--	--	--

45

--	--	--	--	--	--

51

--	--	--

54

--	--	--	--

58

□

59

--	--	--

62

9

63

--	--

65

ID - Ziffer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. PSYCHIATRISCHER KONSILIARDIENST

ja	1
nein	2
Weiterbehandlung empfohlen	3
Weiterbehandlung veranlaßt	4
keine Angabe	9

--

66

11. SOZIALDIENST EINGESCHALTET

ja	1
nein	2
keine Angabe	9

--

67

12. PRIMÄRBEHANDLUNG ABGEBROCHEN

ja	1
nein	2

--

68

13. ENDGÜLTIGE DIAGNOSE(N)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

72

14. BEURTEILUNG DER SUIZIDALITÄT

durch Patient	1
behandelnden Arzt	2
psychiatrischen Konsil.	3
keine Angabe	9

--	--

74

15. WEITERBEHANDLUNG

nicht empfohlen/ veranlaßt	0
empfohlen	1
veranlaßt	2
keine Angabe	9

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

78

zum Hausarzt	01
z. Facharzt außer Psychiater	02
z. niedergelassenen Psychiater	03
z. Psychologen	04
z. Pädagogen/ Sozialarbeiter	05
z. Arbeitskreis SM-Verhütung Ms.	06
z. Psychiatrische Univ. Klinik	07
z. Psychiatr. Univ. Poli Klinik	08
z. Westf. Landeskrankenhaus	09
z. Röchus Hospital	10
z. anderen Krankenhaus	11
z. Gesundheitsamt	12
andere	13
keine Angabe	99

vom Patienten abgelehnt

ja	1
nein	2

16. AUSLÖSENDE MOMENTE

--	--

80

III. SEKUNDÄRVERSORGUNG

1. ID - ZIFFER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. GRUPPE

- in Münster primär und sekundär 1
in Münsteraner Psychiatrie primär 2
primär außerhalb, in Münster sekundär 3

12

--

13

3. BEHANDLUNG, BETREUUNG DURCH

- Psychiatrische Uni. Klinik 01
Westf. Landeskrankenhaus 02
Rochus Hospital Telgte 03
Psychiatrische Uni. Poliklinik 11
Psych. Gemeinschaftspraxis Oststr. 12
andere niedergelassene Psychiater 13
Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter 14
Arbeitskreis Selbstmordverhütung 15
andere 20
keine Angabe 99

--	--

15

4. VERANLASSER

- erstversorgendes Krankenhaus 1
selbst 2
Familie, Bekannte 3
Arzt (außer Psychiater, Neurologe) 4
Psychiater, Neurologe 5
Psychologe, Pädagoge, Sozialarb., Pfarrer 6
Polizei, Ordnungs-, Gesundheitsamt 7
andere 8
keine Angabe 9

--

16

5. TAG DER KONTAKTAUFNAHME

--	--	--	--	--	--

22

6. DAUER DER BEHANDLUNG, BETREUUNG

- in Tagen
in Terminen (ambulant)

--	--	--

25

7. ZEITRAUM ZWISCHEN

- a. SMV u. Beginn der Sekundärvers. in Tagen
b. Ende der Primär- u. Beginn der Sekundärvers.

--	--

27

--	--

8. BEHANDLUNG ABGEBROCHEN

- ja 1
nein 2
keine Angabe 9

29

--

30

9. SOZIALE SCHICHT, BERUF

--	--	--	--

34

10. FRÜHERE SMV

- keine 0
ja (Anzahl) 1-7
ja (Anzahl unb.) 8
keine Angabe 9

--

35

ID - ZIFFER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. SMV IN DER FAMILIE

ja 1
nein 2
keine Angabe 9

--

36

12. FRÜHERE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG, DIAGNOSE

nein 0
ja, ambulant 1
ja, stationär 2
ambulant + stationär 3
keine Angabe 9

--	--	--	--	--

41

13. SUIZIDALITÄT BEI AUFNAHME

nicht suizidal 1
fraglich suizidal 2
suizidal 3
keine Angabe 9

--

42

14. THERAPIEFORM

ambulant 1
offen stationär 2
überwiegend offen 3
überwiegend geschlossen 4
geschlossen 5
keine Angabe 9

--

43

15. PSYCHOTHERAPIE (EINZELGESPRÄCHE)

keine 0
selten 1
häufig 2
keine Angabe 9

--

44

--	--

45

16. GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

ja 1
nein 2
keine Angabe 9

--

47

17. ERGÄNZENDE MASSNAHMEN

(Beschäftigungs-, Ergo-, Hydrotherapie usw.)

ja 1
nein 2
keine Angabe 9

--

48

18. PHARMAKOTHERAPIE

nein 0
vorwiegend Tranquilizer 1
vorwiegend Antidepressiva 2
vorwiegend Neuroleptika 3
Antidepressiva in Tranquilizerdos. 4
Neuroleptika in Tranquilizerdos. 5
keine Angabe 9

--

49

19. KONTAKT MIT BEZUGSPERSONEN

ja 1
nein 2
keine Angabe 9

--

50

ID - ZIFFER

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

20. SOZIALDIENST EINGESCHALTET

ja 1
nein 2
keine Angabe 9

--	--

51

21. KONFLIKT

Probleme mit Partner 11
Probleme mit Familie 12
Krankheit, Tod einer nahest. Person 13
Probleme mit anderen Personen 14
eigene Krankheit 21
Angst, Einsamkeit, Depression 22
"Ruhe haben wollen" 23
finanzielle, soziale Probleme 31
Probleme in Schule, Studium, Beruf 32
andere Probleme 41
keine Angabe 99

--	--

53

--	--

54

22. DIAGNOSEN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60

23. WEITERBEHANDLUNG, -BETREUUNG

nicht empfohlen, veranlaßt 0
empfohlen 1
angeboten 2
veranlaßt 3
keine Angabe 9

--	--	--	--	--	--	--	--

64

Hausarzt a1
Facharzt außer Psychiater a2
niedergelassener Psychiater a3
Psychologe, Pädagoge, Sozialarb. a4
Arbeitskreis Selbstmordverhütung a5
Psychiatr. Uni.Poliklinik a6
Psychiatr. Uni.Klinik ambulant a7
Psychiatr. Uni.Klinik stationär a8
Westf. Landeskrankenhaus amb. a9
Westf. Landeskrankenhaus stat. 10
Rochus Hospital Telgte amb. 11
Rochus Hospital Telgte stat. 12
Gesundheitsamt 13
andere 14
keine Angabe 99

vom Patienten abgelehnt

ja 1
nein 2

--	--

66

